

# Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO  
Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assinatura Por 1 anno . . . . . 30\$000. Por 2 annos . . . . . 50\$000

Vol. XXXIV Agosto de 1937 N. 2

## Variações biochimicas de uma *Shigella dysenterigena*

*Dr. J. de Toledo Mello*

Assistente do Departamento de Microbiologia e Immunologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A actual observação refere-se a uma dada amostra, recebida por este Departamento, em principios de 1932. Provinha do Instituto Biológico de S. Paulo, com as indicações: n 843. *Eberthella dysenteriae* — D 103 I Shiga.

Estudada antes de incluir-se na collecção deste Departamento, a amostra revelou-se indologena, aciduladora da dextrose, da mannita e da maltose, assumindo os caracteres de um Flexner. Como tal manteve-se em provas periodicas realizadas dentro de 3 a 5 mezes, em 1933, 1934 e 1935.

Em Outubro de 1936 verificamos, em relação á amostra referida, alguns phenomenos curiosos: conservava-se indologena e immovel. Passada em dextrose, lactose, saccharose, mannita e maltose accusou fermentação da primeira da serie acima, com muito acido e apreciavel quantidade de gaz. Com os demais assucares, ausencia de actividade.

Na situação presente, a amostra apresentaria os caracteres, approximadamente, de variante immovel da *Salmonella Morganii* que pôde aliás se apresentar com phase variavel neste ultimo sentido.

A noção de que as Shigellas em geral mostram-se incapazes de produzir gaz com os carbohydratos ou alcoóis polihidrícos, é doutrina perfeitamente assentada. Excepcionalmente, entretanto, figuram relatos na literatura de amostras de Shigellas dysenterigenas productoras de gaz com certos assucres. Geralmente o fenômeno refere-se a amostras recentemente isoladas, desaparecendo nas provas praticadas com sub-amostras.

Gardner classifica a anomalia como facto excepcional.

Rajchmann & Western (1917) citam amostras de *S. dysenteriae* (Shiga) produzindo, fraca e passageiramente, gaz com dextrose. Reação do mesmo tipo em meios ajuntados de glycose e mannita, observaram ainda com Shigellas do grupo Flexner.

Goldzieher (1919) trabalhando com 28 espécies de Shiga e 66 de Flexner, notou fermentação gazogena da glycose por parte de 2 amostras Shiga e em relação a 27 amostras Flexner.

Affirma Gardner que a mesma curiosidade poderia apresentar a *S. paradyssenteriae*, var. *Sonne*. Gardner é de opinião, no tocante aos Shigas productores de gaz com dextrose, que os mesmos se approximariam da *S. Morganii*. Desta afastar-se-iam, segundo Gardner, pelas provas de indole de motilidade, assim como pelos ensaios sorológicos.

Thjotta observou fenômeno inverso daquelle citado por Gardner. Amostras de *S. Morganii*, conduzidas ao saprofytismo cultural, perderiam a capacidade primitiva de produzir gaz, transformando-se bioquimicamente em verdadeiras amostras inaglutináveis de Flexner. Os trabalhos de Thjotta indicam que o pesquisador não tomou em consideração a prova de maltose que a *S. Morganii* não ataca.

E' justo observar que a diferenciação entre os Shigas gázogenos e a *S. Morganii*, pela observação da motilidade, como assinalou Gardner, deve ser afastada, por isso que tal caráter da morfologia bacteriana, por variável, deve ser considerado falho e duvidoso, principalmente quanto à espécie *Morganii*, descripta nas phases móvel e imóvel.

Realisamos provas bioquímicas completas com a nossa amostra (7 B f), confrontando-as com as que traduzem, segundo o Manual Bergey, os caracteres da *S. Morganii*, da *S. dysenteriae* (Shiga) e da *S. ambigua*, de acordo com o quadro seguinte:

	AMOSTRA 7Bf	S. MORGANII	S. SHIGA	S. AMBIGUA
Dextrose . . . . .	Ag	AG	A	A
Lactose . . . . .	O	O	O	O
Saccharose . . . . .	O	O	O	O
Salicina . . . . .	O	O	O	
Mannita . . . . .	O	O	O	O
Xylose . . . . .	O	V	O	O
Dulcita . . . . .	O	O	O	O
Sorbita . . . . .		O		
Inosita . . . . .	O	O		
Dextrina . . . . .	O	O	?	O
Raffinose . . . . .	O	O	A	
Maltose . . . . .	O	O	O	O
Levulose . . . . .	Ag	AG	A	
Galactose . . . . .	A	AG		
Arabinose . . . . .	O	O	O	
Glycerina . . . . .	A	AG	A	O
Isodulcita . . . . .			O	A
Adonita . . . . .	O	O	A	
Gelatina . . . . .	O	O	O	O
Indol . . . . .	+	+	—	+
Nitratos . . . . .	R	O	O	
Leite tornassolado .	O	N:K	a:K	a:N:K
H <sub>2</sub> S . . . . .	+	+	I	I
Motilidade . . . . .	I	M ou I	I	I

OBSERVAÇÕES. — A = grande produção de ácido; G = grande produção de gás; g = pequena produção de gás; V = ação variável; ? = ação discutida; + = positivo na superfície do meio; N:K = neutro para fortemente alcalino; a:K = levemente ácido para fortemente alcalino; a:N:k = levemente ácido para neutro para fracamente alcalino.

Provas sorológicas com a amostra estudada no presente trabalho estão sendo praticadas. Serão assumptos de outra publicação.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 1.

### RESUMO

Refere-se o A, a certa amostra de *Shigella* isolada com os caracteres da *S. Shiga*, que passou a apresentar, durante alguns anos, o aspecto bioquímico da variedade Flexner. Decorridos 5 anos, mais ou menos, mostrou-se produtora de gás em dextrose e levulose, acidulando apenas os meios de galactose e glicerina. Tal amostra aproximaria bioquimicamente da *S. Morganii*. A amostra descripta seria mais um curioso e raro exemplo de variação bioquímica capaz de transportar uma dada bactéria de um gênero para outro.

## SUMMARY

The A. has studied a bacteria identified five years before as *S. dysenteriae* (Shiga). Retaken periodically the same bacteria has presented the same biochemical character of the Flexner variety. At the present time the A. observed that this strain showed fermenting power on dextrose and levulose with production of acid and gaz, condition not seen during the first five years of observation. With this biochemical variation, the bacteria presented approximately the characteristics of *S. Morganii*. Galactose and glycerol are fermented forming only gas. This is a curious and rare example of biochemical variation, showing the possibility of passage of a genus into another.

## RÉSUMÉ

Le A. se rapporte à un certain échantillon de *Shigella* isolée avec les caractères de la *S. Shiga*, qui a présentée, pendant quelques années, l'aspect biochimique de la variété de Flexner. Cinq ans plus tard, à peu près, s'est montrée productrice de gaz en dextrose et levulose, acidulant à peine les moyens de la galactose et la glycérine. Tel échantillon se rapprocherait biochimiquement de la *S. Morganii*. L'échantillon décrit serait plus un curieux et rare exemplaire de variation biochimique capable de transporter une certaine bactérie d'un genre à l'autre.

## BIBLIOGRAPHIA

Gardner, A. D. — A System of Bacteriology, 1929, vol. IV, 161.  
 Rajchmann, L. & Western, G. T. — 1917, Spec. Rep. Ser. Med. Res. Comm., n.º 5.  
 Goldzieher, M. — 1929, Zbl. f. Bakt., Abt. I orig., 82, 437.  
 Thjotta, Th. — 1920, J. of Bacteriology, 5, 67.  
 Bergey, D. H. — Manual of Determinative Bacteriology, 1930, 4.<sup>a</sup> edição.

*Enterocolites, diarréas e dysenterias amebianas.  
 Protozooses intestinaes agudas ou crônicas.  
 Coadjuvante no tratamento das dysenterias bacillares.*

# CAROBINASE

EFFEITO SURPREHENDENTE NAS ENTERALGIAS E TENESMOS  
 NENHUMA TOXICIDADE — NENHUMA CONTRA INDICAÇÃO  
*Approved and licensed pelo D. N. S. P. sob nº. 212, em 1 de Março de 1935*

INSTITUTO BIOCHIMICO PAULISTA LTDA. — Caixa Postal, 2575 — S. PAULO — Brasil



POLONOVSKI E NITZBERG

NOVOS ALCALOIDES  
NÃO TOXICOS

Ampolas.  
Gotas.  
Granulos.

NA PRATICA  
QUOTIDIANA

**GENATROPINE**

**GENESERINE**

**GENOSCOPOLAMINE**

**GENHYOSCYAMINE**

**GENOSTRYCHNINE**

**GENOSTHENIQUES**

Cacodylato de Genostrychnine  
e de Geneserine

HYPERACIDEZ  
DORES ABDOMINAIS

HYPOTACIDEZ  
SYNDRÔMA SOLAR

PARKINSONISMO  
ASTHENIA CIRURGICA

TREMORES DIVERSOS  
SEQUELAS DE ENCEPHALITES

NEURASTHENIA  
PARALYSIAS

ASTHENIA  
DEPRESSÃO

Os Drs. Max e Miguel Polonovski designaram com o nome de "Genalcaloides" (C. R. Académie des Sciences, Paris, 1925) uma série de compostos alcaloides de função aminoxyda nos quais se reconhecem propriedades idênticas às do alcaloide fundamental de que derivam, porém, com a diferença essencial de que são muito fricamente tóxicos comparados com o alcaloide.

**AMIDAL**  
Fermentos lácticos)  
ENTERITES  
DIARRHEAS

**Laboratorio AMIDO**  
A. BEAUGONIN, Pharmaceutico  
4, Place des Vosges, - PARIS

**BACKERINE**  
(Fermentos Selecionados)  
TUMORES  
CANCER

Agentes Gerais para todo o Brasil:  
**SOCIEDADE ENILA LTD.**  
174, Rua General Camara — Caixa 484 — Rio —  
Correspondente de JULIEN & ROUSSEAU, - de Paris

# INSTITUTO BUTANTAN

*Productos scientificamente preparado, de actividad  
rigorosamente afferida*

## ANTIVENENOS, ANTITOXINAS e SOROS ANTI-BACTERIANOS

*a saber:*

anti-peçonhetos, diphtericos, tetanicos, estaphylococcico, escarlatinico, disenterico, estreptococcico, gangrenoso, gonococcico, etc. soro vaccinico para tratamento da coqueluche.

*Especialidades:*

HEMOCOAGULASE (producto de recente preparo e de elevado poder coagulante) para casos de hemorragia.

ANAVENENOS — para dores cancerosas, rheumaticas, nevralgicas, etc. ANATOXINAS — estaphylococcica, tetanica, diphterica.

LIPO-SORO ANTI-TOXIGRAVIDICO — para intoxicação gravidica.

LIPO-SORO NEUROTROPHICO — para esgotamento nervoso.

**VACCINAS — TUBERCULINAS — ANTIVIRUS — PRODUCTOS OFFICINAES**

**DEPOSITARIOS GERAES: DELPECH & CIA. LTDA.**  
CAIXA POSTAL, 937 — SÃO PAULO — TEL. 2-1788

# VITAMINA LORENZINI

Contém as vitaminas de todos os grupos em forte concentração, estabilizadas e tituladas biologicamente em sua actividade.

**DOSE — por via oral:** (vitaminas A, B, C, D) 1 colherinha (das de chá) para crianças, 2 para adultos, duas vezes ao dia, antes das refeições.

**Por via hypodermica:** (vitaminas B e C) Adultos 1 ampola; crianças, meia ou uma ampola diaria.



**INSTITUTO BIOCHIMICO ITALO-BRASILEIRO, LTDA.**  
CAIXA POSTAL, 2893 — SÃO PAULO

## Rim gravidico (\*)

**Dr. Lemos Torres**

Da 2.<sup>a</sup> Cadeira de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de S. Paulo.

Vamos tratar hoje de uma affecção que não se enquadra muito bem no eschema das nephropathias com que iniciamos estas lições; o que logo se evidencia pelas diferentes denominações com que é ella conhecida: — nephrose gravidica (Munk), glomerulonephrite gravidica (Fahr), glomerulonephrose, nephropathia gravidarum, histopathia gravidarum (Zondeck), Rosenberg a considera uma affecção sui generis, uma nephrose com hypertonia, dyskolloidose da gravidez (Seitz), oedneklose, hypertonia gravidica; nós preferimos o nome menos comprometedor de rim gravidico. A razão desta variedade de nomes está em que a symptomatologia, ora se aproxima da glomerulonephrite, ora da nephrose, ora da hypertonia. Descrevamos rapidamente estas tres modalidades:

1.<sup>o</sup> *Glomerulonephrite* — a forma mais frequente do rim gravidico é a da glomerulonephrite com predominancia nephrotica, differençando-se em geral, por que faltam a hematuria e a retenção de escorias proteicas; apresenta albuminuria, edema e hypertensão; a retinite é aqui mais frequente que na glomerulonephrite aguda, esta neuroretinite gravidica é perfeitamente analoga á que sobrevem no rim contrahido, apenas apresenta grande mutabilidade das lesões e pode curar inteiramente após o parto; (não confundir esta retinite com o edema da retina frequente nos casos de eclampsia). E' nesta forma que sobrevem com frequencia (8 %) a eclampsia. A eclampsia gravidica não se diferencia clinicamente da eclampsia já encontrada no caso de glomerulonephrite aguda que apresentámos na primeira lição e o seu mecanismo é o mesmo, isto é, o aumento da pressão intracraniana por edema cerebral ao qual se junta uma elevação rapida da pressão arterial que favorece ainda mais a transudação dentro do crâneo. Um edema que aumente o volume do cérebro

(\*) Aula do curso oficial de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de São Paulo.

de 5 % provoca estupor, se o augmento fôr de 10 % traz a morte (F. H. Fischer). A eclampsia pode apresentar signaes prodromicos como desassocego, cephaléas, perturbações visuaes, ou pode sobrevir brucamente com accessos epileptiformes acompanhados de perda de conhecimento, que podem ser seguidos de paralysias e perturbações psychicas. E' de muita importancia para o prognostico e o tratamento a pesquisa dos signaes precursores de eclampsia.

Para que exista eclampsia é indispensavel a hypertensão, pois só com albuminuria e edema não ha eclampsia (Wielock). A curva de pressão é de grande importancia pois quando ella comeca a subir, e a urina diminue apparecem os symptoms pre-eclampticos (cephaléas, tonturas, vomitos, torpor, etc.). O accesso de eclampsia é sempre precedido de uma elevação da pressão arterial.

O movimento provocador da eclampsia são principalmente as dores do parto ou da do post-parto, 50 % das eclampsias aparecem durante o trabalho do parto. E' ainda util saber-se que a eclampsia surge predominantemente nas mulheres gordas e bem nutridas. Rissmann diz mesmo que todas as suas eclampticas eram mulheres gordas. Esta forma que acabamos de mencionar da glomerulonephrite com edemas e hypertensão é segundo Volhard uma *verdadeira glomerulonephrite diffusa ischemica*, apezar da opinião de Munk que pelo estudo da casuistica diz não ter verificado nenhuma relação etiologica entre a gravidez e a glomerulonephrite.

2.º *Nephrose* — Em 110 casos relatados por Mussey e Keith da Clinica de Mayo apenas 5 casos eram de nephrose pura. Quando se apresenta, porém, o syndroma puro (albuminuria, edemas, hypoalbuminemia com diminuição ou inversão do quociente sero-albuminia-seroglobulina e hypercholesterinemia) o quadro é o da nephrose genuina inclusive os lipoides birefringentes na urina differindo porém pela ausencia de derrames cavitarios tão communs como vimos nas nephroses; differe ainda porque cura com o parto e porque apresenta em geral hypertensão.

3.º *Hypertonia* — Em alguns casos como unico symptom podemos ter a hypertensão. Nas formas hypertensivas encontramos o rythmo descripto por Klingmüller em que ao microscopico capillar se sucedem periodos de estase e periodos de aceleração na circulação das alças capillares, este rythmo é encontrado tambem nas formas de hypertensão pallida, e é de máo prognostico.

De Snoo acha que quando após 14 dias do parto a pressão ainda se conserva acima de 130 deve-se suspeitar uma lesão renal e não um rim grávidico.

Os symptomas de rim gravidico são como vêm, tão numerosos que é impossivel inclui-los dentro de um dos grupos das nephropathias que differenciamos no inicio do curso; mas apesar desta variedade de formas, existem caracteres communs que permittem o diagnostico de rim gravidico, são elles:

### *Caracteres do rim gravidico*

- 1.º sobrevem na segunda metade da gravidez;
- 2.º cura uma vez esvaziado o utero;
- 3.º quando uma parturiente apresenta a nephropathia gravidica na primeira prenhez, ella recidiva nas outras gravidezes com muita frequencia. Em um caso de Lutzmann em 13 gravidezes repetiu-se 9 vezes, e em outro de Grosmann em 12 gestações reincidiu 8 vezes;
- 4.º quando uma parturiente não tem o rim gravidico na primeira gravidez ella está isenta da nephropathia nas gestações ulteriores; excepções a esta regra são extremamente raras.
- 5.º a ausencia de elementos etiologicos habituas das afecções renaes.

Todos estes factos provam a relação entre a gravidez e a nephropathia de que tratamos, isto é, o laço que liga todas estas manifestações é um estado physiologico, é a gravidez, e é portanto logico que procuremos nella o elemento causador desta modalidade de nephropathia. Nesta procura é forçoso entrarmos no terreno das theorias, o que faremos com muita cautela e parcimonia, pois do contrario não terminariamos hoje esta licção. Parece ser o factor etiologico uma substancia activa produzida pelo epithelio chorial introduzida no sangue materno, e que parece ser tanto mais forte e abundante quanto maior for a superficie de contacto do epithelio chorial com o sangue materno, pois o rim gravidico apparece 5 vezes mais frequentemente na gravidez gemellar que na prenhez com um só germe. Seitz o encontrou 10 vezes em 149 gêmeos e Zweifel 3 vezes em 4 trigêmeos; a sua frequencia nas molas hydaticas é de 1/3. Se o rim gravidico é de facto função de uma secreção do epithelio chorial é justa a hypothese de que elle seja apenas o exagero de um estado physiologico, isto é, a gravidez seria o revelador de uma tendencia preexistente, que num caso se evidenciaria por um syndrome nephrotico, n'outro por um syndrome hypertensivo. E' pois occasião de se perguntar se as manifestações pathologicas que se exteriorisam no que se convencionou chamar rim gravidico, não existiriam já em grau menor na gravidez normal. E' de facto o que a observação clinica nos ensina, pois os diferentes elementos symptomaticos que constituem o rim gravidico (albuminuria, hypertensão, edema, proteinopenia, desvio das

proteinas do plasma para a esquerda, hypercholesterinemia) podem fazer parte, dentro de certos limites, de uma gravidez considerada normal; em outras palavras, a gravidez normal, physiologica desperta no organismo materno modificações que apenas diferem quantitativamente das varias formas do rim gravidico pathologico, existindo assim uma incerteza de limites entre as duas condições.

Estas manifestações gravidicas mesmo na prenhez normal fallam todas em favor de uma toxicose gravidica que se evidencia ainda por signaes de hemolyse, modificações caracteristicas do figado, pulmões, ligeira azotemia, (por aumento do azoto residual), e pela sensibilidade aumentada para as albuminas (ás vezes uma refeição rica em proteinas predispõe á eclampsia).

*Edema* — Zangemeister em 193 gravidas encontrou apenas uma absolutamente livre de edema. E' considerado normal o edema dos tornozelos; o edema na gravidez é devido ao aumento da pressão venosa nos membros inferiores, diminuição da pressão osmotica do sangue e á proteinopenia.

*Albuminia* — Toth em Budapest em sua clinica encontrou albuminuria em 29,5 % dos casos.

*Hypertensão* — Na segunda metade da gravidez ha a tendência para a elevação da Maxima e da Minima até o limite superior do normal e mesmo um pouco além (von Jaschke, Schroeder e Fellner). Hussy considera os limites entre Mx 130 e 150 como zona de alarme e acima de 150 como zona perigosa.

*Modificações chimicas do sangue* — Adler achou na gravidez normal, valores elevados de amino-acidos (os alipaticos, os aromaticos e os heterociclicos) dando assim um aumento do azoto residual (RN) e não da uréa.

A composição das albuminas do plasma nas gravidas corresponde á da nephrose: nos ultimos meses da gravidez a pressão osmotica está abaixada, a proteina total diminuida, e o quociente sero albumina-sero globulina diminuido. Estas variações do plasma são devidas a modificações que a gravidez provoca sobre o diencephalo e a hypophyse, sob cuja regulação vegetativa está a composição das albuminas plasmáticas (Wagner, Jungmann). Na gravidez encontramos tambem um aumento da colesterina do sangue.

Constatamos assim o esboço de todas as manifestações das nephropathias na gravidez normal, restando-nos explicar porque num caso estes symptomas se hypertrophiam para crear o quadro da hypertonia, noutro o da nephrose e noutro o da glomerulonephrite.

A razão disto está em que a gravidez exagera predominantemente os symptomas que apresentam uma certa labilidade de-

vido á constituição do individuo; isto é, a gravidez transforma em molestia as tendencias que têm uma regulação vegetativa labil.

Assim nos individuos que apresentam já a tendencia hypertonica-angiospastica que se manifesta, subjectivamente, por cansaço facil, sensação de frio (pés e mãos frios, nariz frio, sensibilidade exagerada ao frio), angustia, sustos, insomnia, cephaléas, enxaquecas e objectivamente por mudança de côr do rosto, oliguria, symptomas allergicos (urticaria, edema de Quincke, accessos de espirro, asthma) estes individuos durante a gravidez apresentarão o quadro da hypertonia maligna ou pallida. Esta tendencia pode ser hereditaria. E quando esta diathese hypertonica angiospastica é muito accentuada, ella influe desfavoravelmente sobre o prognostico do rim gravidico, pois pode a hypertonia se continuar após o parto levando ao rim contrahido e á morte em uremia. Outras vezes a hypertonia pode continuar após o parto sob a forma de hypertonia ou esclerose benigna.

Quando já preexiste uma labilidade da estação reguladora da vida vegetativa, isto é, do diencephalo, então teremos o syndroma nephrotico na sua mais completa expressão.

Quanto á tendencia a eclampsia convem lembrar que a cortex cerebral tem a propriedade de provocar accessos epilepticos, mesmo normalmente nos mammiferos desde que a excitação atinja uma determinada zona do cortex e ultrapasse um certo limiar; este limiar é diferente conforme a constituição e a herança individuaes. Um dos factores que abaixam este limiar é o aumento da pressão intracraniana, permittindo assim que o agente da toxicose gravidica aja, provocando o ataque da eclampsia. Já vimos o papel que a pressão sanguinea representa neste caso.

E' preciso assignalar que nem todos os casos de rim gravidico apresentam a totalidade dos caracteres que demos para a sua individualisação, tendo já citado a possibilidade dessa hypertonia gravidica se continuar após o parto como uma esclerose maligna ou benigna, e já Zangemeister calculou em 7 % os casos de rim gravidico que não se curam, continuando como uma glomerulo nephrite chronica; algumas estatísticas americanas constatam o mesmo facto como veremos adiante.

De todas as considerações que acabamos de fazer surgem dois corollarios de grande valor pratico.

1.º *Não basta a constatação isolada de uma albuminuria, de uma ligeira hypertensão, ou de ligeiro edema para se concluir por um rim gravidico.*

2.º *Nem toda a nephropathia numa parturiente é um rim gravidico.*

Quanto ao primeiro, é evidente que não se diagnosticará um rim gravidico apenas porque a parturiente apresente uma ligeira

albuminuria, um edema dos tornozelos, ou uma hypertensão de 140 nos ultimos mezes, pois estes symptomas apparecendo isoladamente estão como vimos dentro da normalidade e absolutamente não commandam nenhuma therapeutica, e digo isto porque já tenho visto perscrever-se um regimen lacteo exclusivo, ou uma dieta sem sal apenas porque a parturiente apresenta traços de albumina, ou edema malleolar. A não ser que o regimen acholretado seja instituido no ultimo mez com o intuito de diminuir as dores do parto.

A demarcação entre as manifestações consideradas normaes e as pathologicas tem que ser necessariamente um tanto arbitria, pois a transição, entre elles é gradual; em todo o caso uma albuminuria acima de 1 %, o edema acima dos tornozelos, e a tensão acima de 140 são consideradas como pathologicas, levando-se porém em consideração as outras manifestações morbidas.

A segunda conclusão nos obriga agora ao diagnostico diferencial, para isso encaremos as diferentes hypotheses.

1.º) Glomerulonephrite diffusa aguda sobrevinda durante uma gravidez. O diagnostico só é possível quando se assiste ao iniciar-se de nephrite após uma causa evidente como uma amigdalite por exemplo ou quando se verifica a sua cura mesmo durante o decurso da gravidez. Hussy considera a nephrite aguda na gravidez como uma extrema raridade.

2.º) Uma paciente já com uma glomerulonephrite chronica pode engravidar; neste caso o diagnostico será feito por uma anamnese cuidadosa, ou quando os signaes de uma nephropathia já aparecem na 1.ª metade da gravidez, ou quando as gravidezes anteriores decorreram sem eclampsia ou qualquer outro signal de nephropathia, ou ainda quando exista uma retenção elevada de escorias ou uma hematuria accentuada.

3.º) O caso mais difícil é quando devido a uma gravidez encontramos recidiva duma nephrite que passou despercebida á doente; podemos suspeitar de uma nephrite quando os accidentes sobrevêm antes do 4.º mez, ou quando exista uma hypertrofia cardiaca, indicando uma nephropathia antiga ou quando uma anamnese revela uma inflamação da garganta seguida de cansaço persistente e principalmente quando após o parto natural ou provocado não só não se cura a doente, como nenhuma melhora demonstra.

4.º) Uma parturiente como qualquer outra mulher, pode adquirir uma nephrite ou pode engravidar durante a evolução de uma nephrose chronica. Só a anamnese, ou a cura após o parto poderão resolver o caso.

5.º) Uma doente de hypertonia genuina pode engravidar. Neste caso a hypertensão permanece no mesmo nível e a não ser o perigo do descolamento da placenta, a gravidez decorre normalmente. De Snoo refere o caso de uma mulher com 180 de

pressão que levou a termo 4 gravidezes sem nenhuma complicação.

6.<sup>a</sup>) Compressão dos ureteres — a compressão dos ureteres e estase urinaria consequente, conduzem á hypertensão e eclampsia. Pode-se suspeitar deste elemento causal quando o desenvolvimento do utero fôr excessivo para a edade da gravidez, sobretudo em primiparas fortes e bem nutridas; a urina nestes casos é abundante e pouco concentrada, ao contrario dos outros casos de rim gravidico com eclampsia em que a urina é escassa e concentrada. Wüllenweber que mediou a pressão nos bacinetes das gravidas acha que este factor da compressão dos ureteres é muito mais importante do que se pensa e é de opinião que a eclampsia seria tão rara na especie humana como nos quadrupedes se as mulheres se locomovessem sobre os joelhos e os cotovelos.

De um modo geral podemos dizer que uma nephropathia duvidosa que se cura durante uma gravidez, ou que se continua após o parto, não é um rim gravidico. Devemos ainda ter em vista que uma nephrose ou uma nephrite não terminam com o parto e nem têm nenhuma tendencia a reaparecer com as gravidezes repetidas.

Além do diagnostico diferencial é preciso encarar aqui a questão do diagnostico precoce que é de uma grande importância, pois o rim gravidico no inicio é muito favoravelmente influenciado pelo repouso e pela dieta apropriada e V. Koranyi é de opinião que os casos graves de rim gravidico se tornariam raros, se o diagnostico fosse feito logo no começo e o respectivo tratamento imediatamente aplicado. Para este fim são necessarias as seguintes cautelas:

- 1.<sup>o</sup>) exames de urina frequentes (albumina e cylindros).
- 2.<sup>o</sup>) medida da tensão arterial (acima de 130 e se elevando progressivamente).
- 3.<sup>o</sup>) exame do fundo do olho (arterias contrahidas, veias de decurso sinuoso).

4.<sup>o</sup>) pesquisa dos signaes prodromicos de eclampsia (dôres na nuca e na cabeça, inapetencia, vomitos, pulso lento, contracção fibrillares, etc.).

5.<sup>o</sup>) pesquisa dos signaes subjectivos e objectivos da diathese angiospastica.

As provas da agua e da concentração são pouco importantes para esta finalidade, pois em geral as funcções renas são intactas no rim gravidico.

Uma vez escoimado de duvidas por um diagnostico diferencial rigoroso, fica apenas em campo a hypothese de rim gravidico. Conforme a modalidade que elle apresente e segundo a intensidade dos symptomas variarão a conducta therapeutica e o juizo prognostico. Examinemos cada uma de per si.

## TRATAMENTO

Devemos aqui distinguir tres eventualidades:

a) trata-se de um glomerulonephrite chronica; a decisão therapeutica, neste caso deve ser individual, não se podendo estabelecer regras; mas o que é preciso não se perder de vista é que a gravidez em geral peiora a glomerulonephrite chronica, pois é innegavel que a prenhez constitue uma sobrecarga consideravel para os rins, principalmente nos ultimos meses de gestação. Por isso Volhard aconselha interromper a gravidez quando existam signaes evidentes de insufficiencia renal descompensada ou quando a pressão se mantem acima de 160.

b) trata-se de um rim gravidico sem eclampsia. Aqui a indicação maxima é a remoção dos edemas pela redução de liquidos e pela suppressão do NaCl. O minimo de proteina. Repousou no leito.

c) existe eclampsia ou pré-eclampsia. Aqui as indicações são: — 1.º) diminuir a tensão intracraneara; 2.º) evitar a retenção de agua; 3.º) diminuir a excitabilidade do cerebro.

Obedecem ao primeiro preceito: 1.º) a sangria — que deve ser abundante até 2 litros e mais quando os ataques não cessam; 2.º) puncções lombares repetidas. Estes dois meios são mais efficients quando empregados no periodo pre-eclamptico (perturbações visuaes e cephaléas; c) Fischer aconselha para deshydratar os tecidos:

agua . . . . .	1000 cc.
bicarbonato de sodio . . . . .	4,2 g.
NaCl . . . . .	14 g.

injectar endovenosamente até 1800 cc<sup>3</sup>; com a mesma finalidade injecções concentradas de glycose 50 %.

E' preciso porém sempre ter em vista nas injecções endovenosas que o augmento do liquido é perigoso quando não se subtrâe simultaneamente pelo menos, igual quantidade por sangria, ou purgativos salinos.

Para evitar a retenção, Volhard aconselha a cura de fôme e sêde seguida de dieta secca e sem sal.

Para diminuir a excitabilidade do cortex, injecção endovenosa de luminal — 2 cc. de uma solução a 20 % e repetir cada 2, 4 ou 6 horas até uma dose de 1, 2 a 1,6 grs.

Injecção de papaverina (0,05 a 0,1).

Além disso o repouso completo e na obscuridade.

Volhard aconselha ainda na pre-eclampsia injecção de Salrgam para provocar uma diurese abundante.

Nos casos graves com coma e anuria só poderá salvar o doente a descapsulação dos rins.

A indicação da interrupção da gravidez é dada:

1.º) pela eclampsia. 2.º) pela neuroretinite grave progressiva. 3.º) Hipertensão muito alta e que vai aumentando.

Quando à prophylaxia da gravidez ella não é indicada sómente por que a paciente teve um rim gravidico na primeira gravidez, pois não é fatal a sua recidiva e mesmo que elle se repita quando reconhecido a tempo, cede facilmente ao tratamento. Só será indicado evitar a gravidez quando já se tenha repetido em duas ou mais gestações e sempre com phenomenos eclampticos; assim tambem não se deve permittir a gravidez nos casos de glomerulonephrite chronica.

### PROGNOSTICO

E' indispesável aqui distinguir entre um rim gravidico devido á toxemia e uma gravidez numa paciente com nephrite preexistente. No caso do rim gravidico já dissemos da importância do diagnostico precoce pois neste caso o repouso no leito e a dieta apropriada influirão de uma maneira muito favorável, como já assignalamos.

A prenhez sobrevinda durante uma glomerulonephrite chronica ou a ocorrência de uma nephrite durante o período de uma gravidez é sempre acompanhada de grave perigo, pois quanto mais avançada for a gravidez maiores serão, evidentemente, a sobrecarga e o esforço do apparelho excretor; e o perigo não é só a possibilidade de uremia e de eclampsia durante a gravidez, pois elle ainda existe mesmo que a doente leve a cabo a sua prenhez, porque o danno accrescentado ao seu rim já lesado, pode ser bastante severo para perigar a sua vida; pois o fardo considerável imposto mesmo por uma gravidez normal ao rim poderá ser suficiente para exgotar a reserva de que elle dispõe.

Para terminar, precisamos dar a concepção americana do rim gravidico a que dão o nome de toxemia recurrente da gravidez (recurrent toxemia of pregnancy de Kellogg) ou de rim com reserva baixa (low reserve kidney de Peckham e Stander). Limitam o conceito do *low reserve kidney* aos casos "em que em todas as prenhezes ou na maioria delas se evidenciam syntomas de insufficiencia renal (?) ou toxemia da gravidez sem modificação chimica do sangue. Sendo a principal caracteristica da molestia o seu desapparecimento no fim do puerperio e não haver nenhum signal de insufficiencia ou lesão renal entre as gravidezes e a volta desta condição morbida nas prenhezes subsequentes não é mais severa que nos primeiros ataques. Estes autores excluem porém do diagnostico de rim gravidico a retinite albu-

minurica, a retenção de escorias proteicas, a hematuria, a albuminuria grande, e a hypertensão acima de 150. E para os casos em que a albuminuria tenha sido muito accentuada ou tenha havido eclampsia, elles aconselham, antes de um juizo definitivo, fazer exames repetidos da função renal até um anno após, antes de permittir uma outra prenhez; e isto baseado nos seguintes factos de observação: Peckham em 77 casos de eclampsia gravidica typica estudadas um anno após o delivramento 22,1 % tinham nephrite chronica. Harris em 27 casos de eclampsia typica, após um anno, 3 tinham nephrite chronica. Greenhill seguiu 60 pacientes após os ataques de eclampsia, 2 morreram de nephrite chronica apôs 3 annos e dos restantes 3 tinham signaes evidentes de lesão renal. Döderlein em estudo semelhante em 26 pacientes com eclampsia encontrou 10 com lesões renaes subsequentes. Sym em 74 pacientes com eclampsia refere que 3 morreram de nephrite chronica e dos 42 individuos que posteriormente engravidaram 40 % tiveram signaes de comprometimento renal. Harris em 55 pacientes com preeclampsia e que 3 semanas apôs o parto não apresentaram nenhum signal renal, ao serem examinados um anno mais tarde 33 destes 55 apresentavam-se com nephrite chronica. Sym seguiu 81 doentes com a chamada *albuminuria da gravidez*. Destas, 51 engravidaram novamente e entre estas, 55 % mostraram signaes inequivocos de lesão renal. Mesmo supondo-se que em alguns destes casos a lesão do rim preexistia á gravidez, é-se forçado em outros a admitir que a nephrite chronica foi provocada pela toxemia gravidica inicial. Os americanos admitem uma relação causal entre as chamadas toxemias gravidicas e as nephrites chronicas, sendo muitas vezes impossivel predizer durante a gravidez ou mesmo no puerperio quaes as doentes que vão ou não, apresentar uma lesão permanente do rim. Os signaes mais importantes para uma decisão diagnostica são, segundo estes autores, uma anamnese bem cuidada, a presença de retinite albuminica typica (não confundir com o edema da retina frequente na eclampsia), a retenção de escorias, a presença de sangue na urina e uma grande albuminuria.

A explicação do *low reserve kidney* de Stander e Peckham é a seguinte, segundo estes autores: são rins que embora apresentando a sua reserva funcional diminuida, em condições normaes executam a sua tarefa excretora de um modo satisfatorio, mas que ante a sobrecarga gravidica se mostram incompetentes como o indicam a moderada albuminuria e a hypertensão. E' innegavel que a prenhez normal constitue uma sobrecarga consideravel para os orgãos excretores principalmente nos seus ultimos mezes.

Já vêm portanto os senhores, que estamos longe do eschematismo das licções que vimos dando até aqui: este eschema-

tismo foi propositalmente escolhido como methodo didactico para o primeiro contacto com o intrincado problema das affecções renaes, com o fim de dar uma impressão da clareza e simplicidade que de facto não existem. Todas as vezes que passamos do domínio theorico para o da clinica practica o problema se complica e surgem as dificuldades; e a razão disto nós a encontramos na phrase do grande Erb: "Die Natur schematisiert nie sie schafft überall Varietäten und Überänge, die der pedantische Gelehrtenneigensinn nur allzugern übersieht oder beiseite shiebt". Mas além desta razão, da Natureza apenas crear variedades e transições e não eschemas, encontramos aqui a confusão de nomenclaturas e de classificações, e a impossibilidade em muitos casos de differenciar entre uma lesão renal e uma toxemia gravidica transitoria.

### CONCLUSÕES

1.º) Os signaes mais importantes do rim gravidico são: albuminuria, edemas, hypertensão, retinite e em 8 % dos casos eclampsia; retenção de agua e NaCl, ausencia de retenção de escorias e de hematuria accentuada, urinas escassas.

2.º) Na differenciação entre uma lesão renal anterior e um rim gravidico são de grande importancia: — uma bôa anamnese; mas mesmo sem anamnese, uma hypertensão elevada, uma albuminuria intensa, uma hematuria, uma retenção de escorias fallarão em favor de uma glomerulonephrite e não rim gravidico.

3.º) Descoberta uma glomerulonephrite chronica, no inicio de uma gravidez ella deve ser interrompida desde que existam hypertensão acima de 160 associada á retenção de escorias, a menos que o respectivo tratamento traga immediatas melhoras.

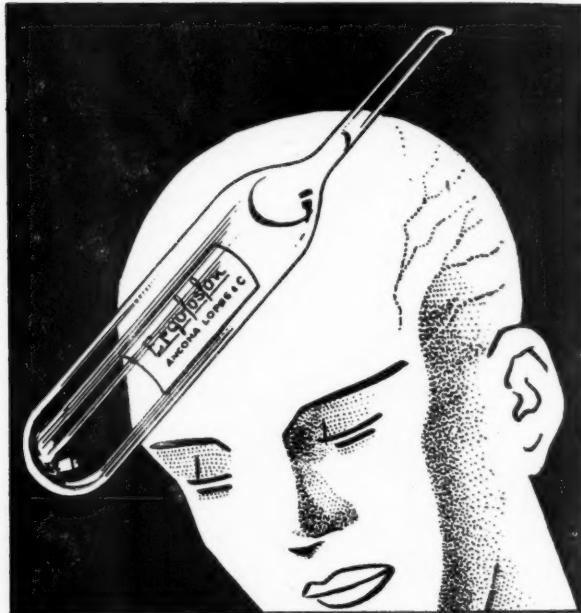
4.º) Quando esta constatação é feita no ultimo periodo da gravidez, o parto deve ser apressado.

5.º) Os symptomas que exigem uma intervenção immediata são: a) retenite typica; b) pressão arterial que vai se elevando; c) retenção de escorias; d) eclampsia ou preeclampsia.

6.º) A paciente tendo apresentado eclampsia não permitir nova gravidez senão apôs um anno, quando não haja nenhum signal de lesão renal.

7.º) Uma glomerulo-nephrite chronica uma vez constatada justifica a prophylaxia da gravidez.

8.º) Um rim gravidico numa primeira gestação não justifica a prophylaxia da gravidez.



Com  
Ergofosfor  
um novo cérebro

*Um producto de*

**ANCONA LOPEZ & C.**

LABORATORIOS  
R. AUGUSTA, 1476  
PHONE 7-7266 - C. P. 2294



ESRIPTORIOS  
RUA BÔA VISTA, 3-3,<sup>o</sup>  
PHONE 2-0670 - C. P. 2294

SÃO PAULO - BRASIL

# Contribuição ao estudo do syndrome de Cheyne-Stokes no post-operatorio (\*)

Sobre um caso grave observado após intervenção cirúrgica

*Ac. Georges Arié*

Do Serviço Cirúrgico do Dr. Antonio Prudente.

No período post-operatorio das intervenções por tumores malignos, é comum a superveniente de acidentes diversos, cuja gravidade é, em geral, maior do que nas intervenções cirúrgicas realizadas por afecções benignas.

No Serviço Cirúrgico do Dr. Antonio Prudente, onde são praticadas frequentemente intervenções por cancer, temos tido a oportunidade de observar tais ocorrências. Temos assim verificado as complicações imediatas e tardias dessas operações, cuja solução, quando possível, é sempre cheia de dificuldades.

Terminada a intervenção, inicia-se por vezes um post-operatorio agitado, em que o choque operatorio, as hemorragias, as supurações e outras complicações ameaçam a vida do doente.

Tivemos ultimamente ocasião de observar um caso que resolvemos relatar pelo seu interesse:

## O B S E R V A Ç A O

B. B., de 66 anos, italiano, casado, comerciante, residente na Capital. Tipo mediolineo, hábitos morigerados; bebe pouco, por muito tempo fumou cachimbo e charutos "Toscans". Condições sociais boas.

Apresentou-se ao Serviço a 26 de Abril de 1937, declarando que três meses atrás havia notado o aparecimento de um "caroço" no lado esquerdo do pescoço. Esse tumor aumentou rapidamente de volume, atingindo presentemente o tamanho de uma noz. Não sente dores, mesmo à palpação. Relata ter observado concomitantemente, placas brancas na garganta. Não acusa dificuldades de deglutição nem de respiração, não sofrendo perturbações vocais.

(\*) Comunicação feita ao Departamento de Cultura Científica do Centro Acadêmico Pereira Barreto (Escola Paulista de Medicina).

*Exame regional.* — Tumor saliente, com a extensão de uma moeda de 400 réis, ocupando a metade esquerda da base da língua, a traz do V lingual. Pelo toque digital, tem-se a impressão de dureza, que não se propaga todavia às amígdalas ou a quaisquer outras regiões do faringe bucal.

Pela palpação cervical, verifica-se o comprometimento dos ganglios sub-mentoneiros e sub-maxilares esquerdos, que formam com a glândula sub-maxilar um bloco único. Além desses grupos, há também invasão dos da cadeia da veia jugular e da do nervo espinhal, especialmente o sub-digastrico principal que se apresenta com o volume de uma noz.

**DIAGNOSTICO** — Ca da base da língua com metástases cervicais.

**Exames de laboratorio:**

Sôro-reação de Wassermann — Negativa.

Urina — Traços de albumina.

Tempo de coagulação — Lâmina: 4 min. e 40 sgs. — Tubo cap. 4 min. e 35 segs.

Tempo de sangria — Lóbulo da orelha: 2 min.

Pressão arterial — Mx. 23 Mn. 14.

*Periodo pré-operatorio* — Sôro glicosado hipertônico. Suco hepático. Ascorbotrat durante cinco dias. Repouso. No fim do pré-operatorio, notava-se a baixa da pressão arterial para 20 de Mx. e 13 de Mn.

A 6 de Maio foi submetido ao esvaziamento ganglionar total do pescoço, deixando-se para irradiar em segundo tempo o tumor primitivo da base da língua.

*Anestesia.* — 3 comprimidos de Amital sódico, tendo-se administrado um na véspera à noite, e dois uma hora antes da intervenção. Foi ainda aplicada uma empola de sedol, afim de preparar o paciente para a anestesia para-vertebral que foi feita pela Novocaina a 0,5% com adrenalina. O doente ficou num estado de semi-consciência, reagindo ao áto cirúrgico de tal forma, que se fez necessária a narcose pelo eter, si bem que em baixa dose.

*Intervenção.* — *Incisão de Roux BERGER.* Expostos os órgãos do pescoço, é feito o esvaziamento ganglionar total em bloco, com reseção do músculo sterno-cleido-mastoideo, das jugulares externa, anterior e interna, extirpação da glândula sub-maxilar esquerda, com sacrifício dos nervos espinhal e hipoglosso incluídos na massa tumoral.

Devido às aderências existentes entre o bloco tumoral e a carótida externa com seus ramos, processou-se à ligadura desse tronco arterial, com o fito de evitar uma possível hemorragia causada pela sua lesão.

Extirpada a massa tumoral, foi suturada a pele com seda, deixado um dreno de borracha. Curativo compressivo.

O resultado do exame anatomo-patológico da peça, feito pelo Prof. BÜNGELER, foi: "Metástase de um carcinoma de epitélio chato, com cornificação".

*Post-operatorio.* — Alguns momentos após o término da intervenção, fomos chamados ao quarto do doente, afim de atendê-lo em estado de sincope respiratória.

Tentámos restabelecer a respiração, observando porém que se havia instalado um扰动 na coordenação respiratória. Notámos que o doente apresentava períodos respiratórios intercalados por pausas de apneia. A respiração se iniciava com pequenos movimentos torácicos, quasi imperceptíveis, que aumentavam gradativamente até culminar numa respiração estrepitosa. O doente debatia-se então violentamente, preso de

grande excitação psíquica, pronunciando frases incoerentes. Esse estado diminuia pouco a pouco de intensidade, assim como os movimentos respiratórios, até terminar numa nova fase de apneia em que o tonus muscular relaxava-se inteiramente, dilatava-se a pupila, caindo o paciente em estado de torpor. Esse período apneico durava alguns segundos.

Esses sintomas nos levaram a considerar que se havia instalado um distúrbio na coordenação respiratória, ou seja um ritmo periódico, o síndrome de CHEYNE-STOKES.

O pulso mantinha-se ritmico, a 120 batimentos por minuto. E' esse um facto interessante que não confirma a opinião de BIOT. Este autor foi o primeiro a chamar a atenção para o fato de ser observada entre as diferentes manifestações do síndrome de CHEYNE-STOKES uma frequência diversa do pulso, nas duas fases que caracterizam a arritmia.

A pressão arterial, medida durante a manifestação do síndrome de CHEYNE-STOKES, oscilava nos períodos de apneia e de respiração. Assim, na primeira fase, a Mx. era de 13 cms., subindo para 18 1/2 durante a fase de respiração, havendo pois uma diferença de 5 1/2 em alguns segundos.

Para o lado do sistema urinário, foi verificada a anúria completa, que persistiu até pela manhã.

A noite foi chamado um clínico para opinar sobre o estado do doente, tendo ele estabelecido prognóstico desfavorável, julgando ser o caso fatal.

Instituiu-se então a seguinte terapêutica: 1 empola de lobelina de 4 em 4 horas; 20 cc. de soro glicosado hipertonico por via endovenosa, misturados a 2 empolas de Digipuratum; 250 cc. de soro fisiológico cada 6 horas. Como se apresentassem concomitantemente sinais de choque operatório (extremidades frias, suores, etc.), foi feito, por via endovenosa, meio litro de soro gomado.

Por indicação do Dr. Antonio Prudente, foi o paciente submetido durante toda a noite, à respiração artificial por compressão ritmada do torax nos períodos de apneia. Consegiu-se dest'arte manter a respiração, não se permitindo a superveniência dos períodos apneicos. Após dezoito horas tivemos a satisfação de verificar que não mais se fazia necessária a respiração artificial, pois o paciente havia retomado o seu ritmo respiratório normal.

Esse fato levou-nos a redigir a presente observação. Nos casos de respiração de CHEYNE-STOKES, o prognóstico é geralmente sombrio, e tal fato aumenta o interesse do nosso caso, pela possível participação da respiração artificial na normalização respiratória.

Qual teria sido a causa da instalação do ritmo de CHEYNE-STOKES no nosso doente?

O síndrome de Cheyne-Stokes, é causado por três grupos de fatores:

- 1 — Causas mecânicas;
- 2 — Choque e hemorragia;
- 3 — Causas tóxicas.

Vejamos no caso presente, qual poderia ter sido a participação desses diferentes fatores:

1 — É possível que a ligadura da carótida externa tenha condicionado um aumento da massa do sangue na carótida interna, aumentando por sua vez, consideravelmente, a irrigação cerebral, o que, dadas as condições deficientes da circulação de retorno, pois tinham sido ressecadas as jugulares, externa, anterior e interna, podia ter ocasionado edema cerebral, responsável talvez pelo ritmo de CHEYNE-STOKES. Mas é também admissível a hipótese de que a ligadura da carótida externa, que foi feita imediatamente acima da tireoideana superior, tenha produzido a obstrução por trombo do tronco carotídeo primitivo. Nesse caso, teríamos o fenômeno inverso, isto é, isquemia.

Não nos parece entretanto acertado, responsabilizar as causas mecânicas, pois uma perturbação grave da circulação cerebral, como seria de presumir para que se desse o ritmo de CHEYNE-STOKES, não se resolveteria ao fim de algumas horas.

2 — Quanto ao choque e à hemorragia, temos a considerar que a segunda se integra no quadro da primeira, condicionando-a em parte. Mas, quando ao lado do choque se instala um ritmo de CHEYNE-STOKES persistente, este assume proporções graves, constituindo um sinal de morte iminente e precedendo imediatamente à respiração agônica, o que não se deu no nosso caso.

3 — Resta-nos, pois, como hipótese mais provável, os fatores tóxicos. Entretanto, apesar da elevada taxa da uréa (0,85 grs. por litro de sôro sanguíneo), não sabemos se estariamos autorizados a acusá-la pelo transtorno respiratório, em vista mesmo da rapidez de sua instalação. Finalmente, o que nos parece inegável, é que a toxicidade dos agentes anestésicos tenha tido ação na manifestação do transtorno respiratório deste caso.

Antes de entrarmos no estudo da síndrome de CHEYNE-STOKES, estudemos o grupo de perturbações respiratórias a que ele pertence, isto é, o ritmo periódico, no qual são também incluídos os ritmos de BIOT e KUSSMAUL.

Os estudos atuais nos fazem crer que esses três tipos de respiração periódica devem ser considerados como causados por uma alteração do centro bulbar. Não parece tratar-se de uma forma especial de respiração que sómente se manifesta pela exclusão dos centros cerebrais.

Foi possível produzir-se experimentalmente a respiração periódica, o que, segundo DOUGLAS e HALDANE, é obtido em pessoa sã, mediante hiperventilação voluntária. O mesmo resultado seria conseguido pela respiração prolongada através de um tubo introduzido no laringe (aumento do espaço morto com ab-

sorpção simultanea de gaz carbonico). Uma excitação exercida sobre a porção proximal do cerebro, antes do mesencéfalo, pôde produzir uma forma de respiração periodica. A falta de oxigênia e a morfina produzem respiração periodica nos animais integros e nos descerebrados, (Fig. 1), transformando-se novamente em uma respiração rítmica pela extirpação do tálamo. Nos anfíbios produz-se fisiologicamente a respiração periodica.

Mas tambem é encontrado esse tipo de respiração, no sono fisiologico, na narcolepsia, nas creanças de peito e nas grandes altitudes. Logo, é plausivel a hipótese que atribue essas aritmias a influencias exercidas sobre a parte superior do cerebro.

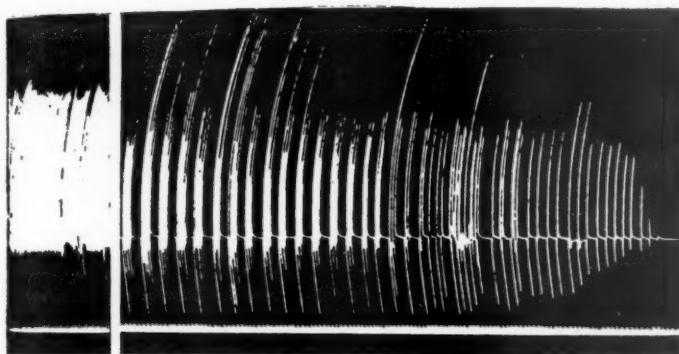


Fig. 1  
Animal descerebrado pela intoxicação por morfina. Respiração periodica do animal moribundo. (segundo Schoen).

A respiração periodica é devida a varias causas, variando a sua importancia e seus sintomas clinicos.

Varios são os grupos musculares que nela intervêm. Todos os musculos auxiliares, inclusive os do maxilar inferior, da lingua e do laringe. Participam tardivamente da respiração e suspendem a sua atividade, antes do diafragma. No inicio da ventilação dilata-se a pupila e os musculos voluntarios se contráem tonicamente, enquanto que estão relaxados na apnêa. No começo da respiração aparecem movimentos voluntarios, reaparecem os reflexos que estavam abolidos na apnêa; nota-se uma grande excitação que se segue à completa letargia do periodo apneico.

Existirá um unico centro respiratório responsavel pelo ritmo periodico, ou varios?

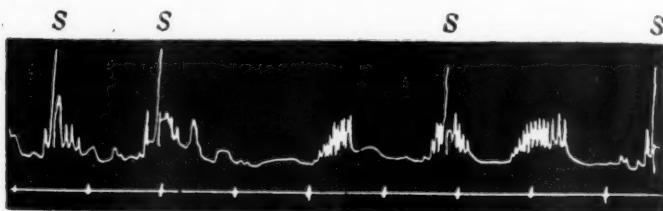


Fig. 2

Prematuro de 17 dias de idade e 1900 grs. de peso.  
Respiração periódica. Os intervalos do cronógrafo  
equivalem a 15 segundos. (segundo Peiper).

Neste caso, sua deficiencia de relação seria responsável pelo fato? Divide-se a opinião dos autores a esse respeito, pois sabemos que existem centros respiratórios medulares, pelos quais animais jovens podem respirar algum tempo após a decapitação.

A respiração periódica é tida como sinal de morte iminente. De qualquer maneira, a morte nunca ocorre durante a própria respiração periódica, mas sim durante a que se segue, ou seja a respiração agônica.

Entre as modalidades de respiração periódica, encontramos o ritmo de CHEYNE-STOKES.

Caracteriza-se essa arritmia por uma pausa de apneia a que se seguem movimentos respiratórios que se iniciam com incursões apenas perceptíveis, aumentam progressivamente de amplitude, atingem um máximo, e declinam até cessar num período de apneia cuja duração vai de alguns segundos a um minuto e mais. (Fig. 3).



Fig. 3

Respiração de Cheyne — Stokes. As duas curvas foram obtidas em 143 segundos.

Durante o período de apneia poderá o paciente parecer morto, mas um débil movimento respiratório, logo seguido de outros mais amplos, marca o inicio de uma nova fase ascendente, seguindo-se uma periodicidade mais ou menos regular.

Apresenta-se o ritmo de CHEYNE-STOKES sob três aspectos:

1 — *Forma tipica*, já descrita acima.

2 — *Forma ondulatoria*, em que não se observa a fase de apnêa. Há o crescendo e o decrescendo dos movimentos respiratórios, como na forma tipica, mas não se notam as fases de apnêa, mostrando pois o traçado ondulações ininterruptas. Essa forma foi descrita por CANTANI, sob o nome de "asma lipocardiaca".

3 — *Forma alternada*, assim chamada por haver alternância da forma ondulatoria com a tipica.

Segundo DOUGLAS e HALDANE, quando aos centros bulbares falta o impulso do gaz carbonico, ocorrem variações na entrada de oxigenio. Pela falta deste, na apnêa, originam-se produtos acidos metabolicos, estimulantes da respiração. Como resultado disto, surge novo periodo respiratorio, acarretando a melhoria da provisão de oxigenio. Em consequencia, desaparece novamente o estímulo da respiração e esta cessa. Este processo se repete até que a proporção de gaz carbonico aumente, excitando novamente a respiração. Os periodos de apnêa seriam pois devidos a um transtorno das trocas de oxigenio no centro respiratorio; neste caso, constituiria uma condição previa indispensavel a alcalose dos tecidos, em consequencia da hiperventilação, dificultada a eliminação do oxigenio do sangue.

Na respiração periodica por hiperventilação, intervem também o fator individual.

Para o lado do coração ha alterações interessantes, condicionadas pela aritmia respiratoria de CHEYNE-STOKES.

DELEONARDI descreve um caso clinico, no qual o estabelecimento de um sindrome de CHEYNE-STOKES dominou o quadro final da molestia. Segundo este autor, o estudo eletrocardiográfico da modificação do ritmo cardiaco, fez constatar ao lado da modificação do cronotropismo cardiaco, a modificação na condução intra-ventricular do estímulo.

Esse fato vem confirmar que ao lado de processos orgânicos, também alterações de ordem puramente funcional podem ser causa de obstáculo à passagem do influxo, através os ramos do feixe de HISS.

DELEONARDI atribue a modificação do cronotropismo cardiaco à variação continua da composição gazosa do sangue, e, mais exatamente, ao acúmulo de gaz carbonico e à deficiência de oxigenio que, fazendo ressentir sua ação sobre o centro vagal, causariam a molestia.

Segundo o autor, a normalização do complexo ventricular durante a fase bradicardica-polipneica, deve ser considerada co-

mo sendo um efeito direto da bradicardia e não de influencias nervosas diversas.

ROMEIRO acha que a causa principal mais frequente do ritmo de CHEYNE-STOKES, é a insuficiencia cardiaca de marcha lenta.

Segundo RUDOLPH SHÖEN, alguns produtos toxicos que dão lugar á apnæa, são a causa da aritmia.

HERBERT FRENCH, assim classifica as possiveis causas responsaveis pela aritmia:

1 — Causas arteriais, especialmente com lesões degenerativas do bulbo.

Arteriosclerose com ou sem atrofia granulosa do rim.

Degeneração senil.

2 — Causas uremicas em casos de:

Nefrite aguda	Tuberculose renal	Carcinoma renal
Nefrite cronica	Nefrite ascendente	Sarcoma renal
Calculose renal	aguda ou cronica	

3 — Descompensação cardiaca cronica.

4 — Intoxicação pelos narcoticos, principalmente por:

Morfina	Cloral	Sulfonal
Opio	Veronal	

5 — Lesões macroscopicas do cerebelo e seus envolucros:

Meningite tuberculosa	Amolecimento do cerebro, consequente a:
Tumor encefalico	Degeneração arterial cronica
Hemorragia	Sifilis
	Paralisia geral
	Embolia

6 — Febres especificas agudas:

Pneumonia	Difteria	Endocardite infecciosa.
Côlera	Tifo abdominal	Malaria

Segundo esse autor, o diagnostico diferencial entre essas varias condições, será indicado por outros sintomas, além do ritmo de CHEYNE-STOKES, pois que este ultimo é observado na grande maioria dos casos, num estado avançado da molestia.

*Em todos os estados dispepticos gastro-intestinaes, por causa local (gastrite) ou geral (dispepsia nervosa, dos anemicos etc.) ou pela lesão de orgãos proximiorios (dispepsia dos hepaticos, etc.)*

# **PANTOPEPT**

GOTTAS

EXTRACTO TOTAL DO PARAQUIMA PAN-CREATICO — EXTRACTO GASTRICO PURIFICADO — FERMENTO AMILOLITICO DO ASPERGILLUS ORYZAE (TAKADIASTASE).



*Urticaria · Comichões · Eczemas de qualquer especie · Toxicodermias.  
Furunculoses · Estados de anaphylaxia.  
Dermatoses em geral*

# **ARIS-STOZEMA**

CALCIUM BROMATUM  
SULPHUM — STRONTIUM

Caixa com 6 ampolas de 10 c. c. (endovenosas)



**LAB. ARISTON LTDA.**

CAIXA POSTAL, 1044 — S. PAULO

## Sobre a medicação biologica cardio-vascular

**Dr. Francisco Pesce**

Medico em S. Paulo.

A pharmacologia deu á therapeutica arte, as bases de scien-  
cia experimental de empirica que foi no começo. E' verdade  
que o empirismo não é a negação da scienza, e bem diz Roger:  
"L'empirisme n'est pas, comme on le dit bien souvent, la nega-  
tion de la science; il en represent le premier echelon: c'est une  
experience irraisonnée que la tradition nous a transmise. Nous  
savons que tel medicament guerit, sans avoir saisi son mode  
d'action; il sera donc juste de s'en servir, tout en s'efforçant de  
parachever son étude".

Maravilhosos foram os resultados clinicos obtidos com os extractos musculares nas anginas pectoris e nas algias dos arterios-esclerosos; os trabalhos experimentaes de Haberlandt, fo-  
ram divulgados no mundo inteiro, graças á casa Bayer, que aproveitando para bem auxiliar aos clinicos, tão elevados tra-  
balhos brindou a therapeutica com o inconfundivel, e forçando um  
pouco a expressão; com o necessário Lacarnol. O Lacarnol, é  
medicamento que pôde tornar compativel por diversos annos a  
vida de um doente de angina pectoris, e o medico verá no sem-  
blante do doente o reconhecimento pelo allivio de seus padeci-  
mentos. Os effeitos clinicos do Lacarnol são devidos á acção  
biologica do acido adelinico contido no mesmo. A Embden se  
devem as primeiras pesquisas que chamaram a attenção dos es-  
tudiosos da chimica biologica, sobre a particular importancia  
physiologica do acido adenilico. O acido adenilico age sobre o  
coração, sobre os vasos, sobre a musculatura lisa. Na cobaia,  
que apresenta uma sensibilidade especial em relação da acção  
cardiaca, o acido adenilico e a adenosina, na dose da fracção  
de milligramma, diminuem o rythmo sinusal e podem paralysar  
até completo bloqueio, a condução do feixe atrio-ventricular.  
No gato com 50 milgr. na veia se observa uma transitoria bra-  
dycardia; no coelho se obtém o mesmo effeito com 100 milgr.;

no cachorro 20 milgr. de adenosine reduzem a frequencia da metade e 50 milgr. a reduzem de dois terços. A bradycardia se observa aps 1 a 15 segundos da injeção. O ácido adenilico modera a fibrillação e as contrações dos feixes atrio-ventriculares, provocados com a estimulação elétrica da auricula ou com os saes de chinina! Esta acção moderadora do seio auricular se explica independentemente da innervação vagal, como é demonstrado atropinizando o animal ou cortando os vagos. O mesmo vale pelo que se relaciona com a acção vasal, que aparece com o abaixamento de pressão e dilatação das coronárias. Em um cachorro de 6 kilos, a injeção endovenosa de 40 milligram. de ácido adenilico abaixa a pressão de 50 mm. de mercurio. Esta acção hipotensiva é devida em parte á dilatação arterial é em parte á moderação dos batimentos cardíacos. A dilatação das coronárias que se acompanha com um aumento do defluxo sanguíneo provoca aumento de pressão na circulação pulmonar, que mediante as coronárias é posta em curto circuito com a grande circulação. Estes resultados sobre o coração e sobre os vasos foram obtidos por Drury e Szent-Gyorgyi com ácido adenilico ou adenosinas isolados do músculo cardíaco. A estes pesquisadores o ácido adenilico do levedo resultou inativo, e também o ácido nucleínico do levedo, o ácido thymo-nucleínico a B — nucleo-proteína, o ácido guanílico, a guanosina, a guanina, o ácido inosínico e a adenina. Elles ligam a inactividade do ácido adenilico do levedo com a dificuldade com que o mesmo se deixa deaminar, como foi demonstrado por Embden e Schmidt e confirmado por outros autores, entre estes por Buell e Mroczkiewicz. Mas outras pesquisas demonstraram a actividade do ácido adenilico de origem vegetal, e por consequencia a independencia entre capacidade de deaminação e acção pharmacologica. Parnas e Ostern sobre o coração de rã preparado segundo Straub, de forma a poder registrar separadamente os movimentos auriculares dos ventriculares, fizeram comparações entre a acção dos ácidos adenilicos de variadas proveniencias:

1.º de origem animal: preparado segundo Embden e Zimmerman dos músculos dos coelhos; segundo Lohmann dos músculos, no estado de ácido adenosinopyrophosphorico.

2.º de origem vegetal: preparado do ácido nucleínico do levedo segundo Jones e Kennedy. Como criterio de comparação os autores estudam seja a parada diastólica das aurículas á qual segue a dos ventrículos, seja o surgir da bradycardia. A parada diastólica, é geralmente temporanea. De acordo com a sensibilidade do coração em experimento este efeito, que caracteriza a dose mínima activa, se obtém com quantidade de ácido adenilico entre 103 y e 100 y por c. c. de Ringer.

A duração da systole auricular e ventricular, até quanto o coração está sob a acção do nucleotide, é prolongada sensivel-

mente. Não se observam porém disturbios da condução atrio-ventricular. Tambem na rã a accão do acido adenilico é independente das terminações do vago e dos ganglios cardiacos, como é demonstrado pela nenhuma accão da atropina e da nicotina; é tambem independente da accão de substancias que influem sobre a nutrição do myocardio como a glycole, os fosfatos e das oscillações da concentração dos hydrogenions. Por quanto se refere, á proveniencia do acido adenilico os autores não encontram nenhuma diferença entre o proveniente do sangue e aquelle preparado dos musculos; levissima diferença entre este ultimo e o do acido nucleinico do preparado do levedo: enquanto um na concentração de  $10^2$   $10^3$  y paralysa o coração e outro na mesma dose, dá sómente forte bradycardia. E as experiencias com o Lacarnol da Casa Bayer sempre foram iguaes á do acido adenilico proveniente dos musculos.

Quando os clinicos se convencerem das indiscutiveis provas physiologicas a favor da accão do acido adenilico sobre a nutrição do myocardio o *Lacarnol* será o medicamento forçado para prolongar a vida dos cardiacos, evitando em muitos d'elles por uma accão preventiva innegavel, segundo os trabalhos de *Fahrenkamp*, a angina pectoris. Ha ainda nos doentes cardiacos alguma cousa que escapa á logica... e quando um medicamento actua beneficamente em todos os casos, sem contraindicações, como é o caso do *Lacarnol*, deve encontrar logo o favor dos praticos. Ainda hoje temos algumas duvidas sobre a pharmacodynamica dos medicamentos cardiacos, e podemos ainda repetir as palavras do grande pharmacologista Lauder Brunton escripta acerca do eschema de Schmiedeberg. "E' claro porém, que embora este eschema hypotetico nos explique de forma um tanto satisfactoria a accão de alguns medicamentos, não o devemos considerar que á mesma maneira das hipoteses dos cyclos e dos epicyclos astronomicos, que foram de utilidade um tempo e que deram aos astronomicos a facilidade da lembrança e da predication dos factos; e a hypotese, precisamente na epocha de sua maxima complicação, cedeu lugar á outra da mesma simplicidade. E' provavel, até certo, que o mesmo vae acontecer em relação a accão dos medicamentos sobre o coração, e que toda a complicação de ganglios motores, de ganglios inhibidores, de ganglios acceleradores, de extremidade do vago, de fibras intermediarias, se devem afinal resolver em uma questão de mutua relação entre rythmo e rapidez de condução das fibras musculares, dos ganglios nervosos e das fibras respectivamente. O eschema hypotetico de Schmiedeberg foi utilissimo por muitos annos, mas agora se vão accumulando factos que este eschema não mais explica, e devemos procurar outro caminho para nossa explicação".

O grande Schmiedeberg, que foi o pae da moderna pharmacologia, em 1870, com o intuito de explicar o mecanismo de acção dos medicamentos sobre o coração pensou na existencia de uma disposição neuro-muscular cardiaca, que foi classica até pouco tempo, quando novas observações de uma parte esclareceram melhor o ponto de eleição dos medicamentos e de outra parte se estudou bem o mecanismo do automatismo do coração, e algumas razões capazes de modifical-o de procurar definir a natureza do automatismo cardiaco, dividir bem a regulação intrinseca do coração da regulação extrinseca, indo para a simplificação, e para a exactidão. Hoje, por merecimento inicial de physiologistas, as previsões de Lauder Brunton vão em grandes linhas efectuando-se. E' conhecido que o sistema autonomo ou vegetativo é constituído de dois componentes que estão entre si em um certo antagonismo; que em ambas as vias eferentes não são constituidas, depois da saída do eixo cerebro-espinhal, de um só neuronio, mas por dois neuronios, os quaes estão em relação entre si, por meio de uma cellula ganglionar, dicta por Langley estação intermediaria, a qual, pela forma como funciona, é chamada de synapse. As estações intermediarias do vago se encontram no tecido cardiaco, e como todas as synapses do sistema autonomo, são paralizadas pela nicotina. E' assim esclarecida a natureza do tracto intermediario genial intuição do Schmiedeberg. Se comprehende com facilidade como o estímulo do vago no pescoço seja inutil após o tratamento com nicotina, porque é abolida a transmissão do estímulo através as synapses. E se explica como pelo contrario, seja em tal caso ainda efficaz o estímulo sinusal que actua sobre o sistema post-synaptico vagal. Atropina e muscarina agem tambem, antagonisticamente entre si, sobre a fibra post-ganglionar. O efecto de acceleração provocado pelo estímulo do vago no pescoço após a nicotina é devido não a ganglios acceleradores, mas a fibras sympathicas decorrentes no vago, fibras que são post-ganglionares enquanto suas estações intermediarias e suas synapses paralyzadas se encontram acima do ponto estimulado.

Os conhecimentos referidos serviram para a bôa comprehensão em quasi todos os particulares da influencia sobre o coração do sistema nervoso extrinseco. Mas bem outra questão é a do automatismo cardiaco. E' inutil repetir que o coração pôde funcionar independente da innervação extrinseca, que tem sobretudo função reguladora. Mas a innervação extrinseca tem grande influencia sobre o trabalho do coração e foi demonstrada pela classica experientia de Friedenthal, o qual retirou de um cão todos os nervos do coração, este animal viveu oito meses, apresentando poucas diferenças de um cão normal, e morreu por causa incidental, porém, não resistiu á corrida e á fadiga. Sobre o automatismo cardiaco o campo foi por muito tempo dividido

entre neurogenistas e myogenistas. Os primeiros diziam que o movimento de contração era determinado pelos ganglios intracardiacos motores, os segundos diziam que a onda de contração era gerada directamente nas fibras musculares. Appareceram as descobertas de Keith e Flack e de Tawara, que estabeleceram histologicamente a existencia de uma differenciação na intimidade do tecido muscular cardiaco. Onde se origina normalmente a onda de contração existe um tecido que mantem os caracteres de tecido embryonal. Um nó, o de Keith e Flack, se acha no lugar de desembocade da veia cava superior na auricula direita e d'aqui se origina a onda que se propaga a todo o coração; o nó de Tawara se acha logo acima da linha limitante as auriculas dos ventriculos e do mesmo se parte a onda de contração quando seja eliminado o nó sinusal, o facto de differenciação histologica, o facto que a onda sae dos nós, o facto que sua supressão elimina a formação da onda dizem claramente que nos mesmos esta onda se gera, e como os nós são formações musculares se deduz que a genese da contração cardiaca deve ter sua origem e sua causa na myocellula. Uma maior certeza d'isto se tem no facto que o rythmo originado no nó de Tawara é diferente d'aquelle gerado do nó sinusal de Keith e Flack, por quanto aquelle é mais raro: isto sendo contrario a concepção de um factor nervoso unitario, nos leva a pensar que a genese está nas fibras musculares em relação á sua maneira de ser e de funcionar. Experiencias de diversos pharmacologistas, entre elles o professor Paulo de Carvalho, que honra pelo seu cuidado e sua honestidade nas pesquisas, a pharmacologia no Brasil, nos convencem do facto que se ligamos e separamos em um coração de rã perfuso em solução de Ringer, as auriculas secções, cada uma toma um rythmo proprio, cuja frequencia vai progressivamente diminuindo.

Estas secções demonstram que todo o tecido muscular das auriculas tem a propriedade de gerar ondes de contração, mas que esta propriedade é maxima no desembocar das cavas, isto é, em correspondencia do seio que contem o nó de Keith e Flack. As partes collocadas abaixo deste seio são normalmente em repouso apparente, quando são percorridas por ondas de contração que vêm de uma zona superior dotada de mais elevado automatismo. O automatismo das zonas inferiores se revela quando se impede a transmissão da onda inicial, mas em tal caso o rythmo é mais lento porque a faculdade do automatismo, isto é, da geração da onda da contração, vai progressivamente diminuindo no tecido auricular em direcção do ventriculo. Isto acontece para o coração de rã. Para o coração dos mamiferos as causas são menos simples devido á maior differenciação funcional das diversas partes. Todo um novo campo de actividade, nos promettem estes resultados, e das experiencias de Demoor

e Haberlandt, que demonstram conclusivamente como o automatismo cardiaco depende das variações humorais e que interessam a extremitade do tecido muscular cardiaco, em particular de sua parte menos diferenciada, isto é, do retículo embryonal. Pesquisas de Demoer demonstram que as duas aurículas do coração de mamífero pulsam regularmente até que não sejam separadas completamente. Quando são separadas, a aurícula direita conserva o seu rythmo original, enquanto a esquerda pulsa irregularmente no rythmo e na força, com longos períodos de descanso. Se porém ao líquido em que está mergulhada a aurícula esquerda se junta um extracto da aurícula direita, nota-se logo que a aurícula esquerda readquire seu rythmo regular. Ultimamente se notou que a capacidade de formar estes princípios regularizantes, não é distribuída uniformemente a toda a parede auricular, mas é máxima no tecido sinusal e nos tecidos que contêm o nó de Tawara e o feixe de His. Haberlandt fez experiências analogas, não levando no líquido contendo a aurícula esquerda de mamífero o extracto da aurícula direita, mas adjuntando ao líquido circulante através a um coração de rã, o líquido no qual teriam pulsado por algum tempo o seio venoso e as cavas também de coração de rã: obtendo o efeito de aumentar a frequência e amplitude das contrações do coração. Haberlandt pensou naturalmente que no tecido sinusal se forma uma substância que funciona de estímulo para o coração e a chamou de hormônio sinusal, porque se forma particularmente no seio e não na ponta do coração que seja isolada é feita pulsar com estímulos de corrente induzida.

Mais tarde também Haberlandt achou que o tecido do sulco atrio-ventricular pôde produzir substâncias estimulantes. É certamente uma curiosa observação o facto que a ponta do coração, que não contém ganglions nervosos, não forma substâncias estimulantes. Muito importante é a observação de Demoer, que os extractos das aurículas não sejam específicas, isto é, que o extracto do coração de um mamífero age igualmente bem sobre a aurícula esquerda do coração de mamíferos de espécie diferente. Sobre a maneira de ser destas substâncias estimulantes se dividem as opiniões de Demoer e Haberlandt. Este pensa que a substância por ele estudada seja a mesma da de Demoer, mas parece que isto não é exato! Os extractos de Demoer perdem facilmente grande parte de sua atividade na temperatura de 60°, enquanto que o princípio extractivo de Haberlandt seria termorresistente, e sua atividade seria capaz de resistir em álcool pelo espaço de dias, é dialisável, isto é, não de forma coloidal, de forma que não é nem uma substância proteica, gordura ou couça semelhante. É insolúvel no éter e pôde com dificuldade ser dissolvida no clorofórmio. É parcialmente, mas não completamente, destruído pela exposição à luz fluorescente e ultravioleta.

leta, contrariamente á adrenalina e á substancia accelerante de Loewi. Em solução aquosa perde muito de sua actividade com a exposição a uma irradiação intensa de raios X, enquanto que porções isoladas do coração podem ser submettida á mesma radiação sem alteração de sua actividade, o que serve a pensar-se na hipótese que dentro do órgão a substancia seja effectivamente protegida contra a acção dos raios X. Em tentativas de applicação de sua descoberta Haberlandt preparou extractos de coração de boi e os provou inicialmente sobre o coração da rã, observando que em diluição de 1:1000 os mesmos exercem acção excitante, reforçam e regularizam o coração indemne. Podem também provocar uma fraca pulsação em corações completamente paralysados, 2 — 4 dias depois de sua remoção do corpo do animal. Para não tornar longas essas notas e transformar sua indole, não citarei outros argumentos para provar que a diferença que corre entre os extractos dos dois pesquisadores citados, em relação á sua acção physiologica, é que o extracto de Demoor provoca a contracção de tecido que possue automatismo insuficiente, enquanto que o extracto de Haberlandt, não é uma substancia produzida exclusivamente pelo coração, mas é produzida por outros órgãos e tecidos, como por exemplo pelos outros músculos, e por outros processos de metabolismo além do metabolismo cardiaco. E assim dos trabalhos experimentaes destes lillustres pesquisadores chegou-se á introdução de um novo medicamento, o Lacarnol, que se pode definir o reconstituinte physiologico do coração. O Lacarnol actua energicamente na dynamica circulatoria, e pôde ser considerado o preventivo biológico da descompensação cardiaca e angor pectoris, actua pelo ácido adenilico (ou adenosin) no mesmo contido, e agindo sobre as coronarias facilita a circulação no myocardio, evitando o dilatando nos arterios-escleroses o apparecimento da myocardite. Fahrenkamp confirmou clinicamente sua efficacia na angina pectoris, na arrythmia com fibrillação atrial, e nos disturbios da condução. Mas o que mais interessa conhecer, sobre-tudo do ponto de vista clínico é sobre qual distrito vascular, o ácido adenilico dos extractos musculares e do Lacarnol, exercem sua acção.

Hochrein e Keller, investigaram como varia a distribuição da massa sanguínea no tegumento e no cerebro. Registraram contemporaneamente a pressão carotidiana e nos membros posteriores do animal, de uma parte a corrente venosa proveniente dos músculos, de outra parte aquella proveniente dos músculos e da pele, e puderam observar a verificação dos seguintes phenomenos ,após a injeccão do extracto muscular: a) a pressão carotidiana se abaixa; b) a massa sanguínea proveniente das veias dos músculos do esqueleto aumenta; c) a massa sanguínea proveniente dos músculos e da pele primeiro aumenta um

pouco, depois diminue grandemente. A conclusão que se tira é que este extracto exerce uma ação electiva sobre os vasos musculares no sentido de uma dilatação, enquanto que na cutis provoca uma vaso-contricção, lançando o sangue para o plexo sub-papillar. Estes resultados, são avalorados pela enorme dilatação capilar que se estabelece physiologicamente durante a estimulação *in situ*, phemoneno que se acompanha com um exaltado metabolismo do acido adenilico. *Tambem os experimentos á cargo da circulação cerebral mostram que a corrente sanguinea atravez o encephalo é favoravelmente influenciada pelo Lacarnol, ou extractos semelhantes.* A importancia destes resultados está no facto que em relação de quanto se presume deve acontecer em condições normaes, parece realizavel therapeuticamente a possibilidade de regular o deslocamento da massa sanguinea, á peripheria do organismo, por ação de substancias que circulam no sangue e que exercem uma ação electiva sobre distictos circulatorios bem determinados, independente de uma intervenção qualquer das funcões centraes (centros vaso-motores) enquanto que a pressão arterial fica invariavel. *Segundo a abalisada opinião de Hochreim e Keller, a indicação therapeutica do Lacarnol, seria desejavel em todos os casos de espasmos vasculares, hypertension, alguns disturbios cardiacos compensados, o angor por espasmo das coronarias.* H. Rothmann com pesquisas clinicas em varios casos pathologicos demonstrou com os electrocardiogrammas, que o Lacarnol, diminue a frequencia, regulariza e reforça a actividade cardiaca. As bases scientificas, as demonstrações clinicas, fazem do Lacarnol uma poderosaarma therapeutica que na mão do pratico dará sempre os melhores resultados nos fins indicados, tornando realidade em muitos casos, o "divinum opus est sedare dolorem" e dando-lhe a sensação de um dever bem comprido em defesa do seu cliente e de sua reputação. Murri repetia sempre: *Os bons medicamentos, fazem a reputação do medico!* A quitação da paz, interior... para o clinico só é possível, quando ao bom diagnostico segue uma acertada therapeutica!

Endereço: Av. Luiz Antonio, 1863.

DRAGEAS

GRANULADOS

# PEPTALMINE

MAGNESEIADA  
CHOLAGOGO

PERTURBAÇÕES  
HEPATO-BILIARES  
COLITES

INSUFFICIENCIA  
HEPATICA  
ENXAQUECAS

Fabricada no Brasil com licença especial e sob o controle do

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIFIQUE-Paris

Unica distribuidora para todo o Brasil

SOCIEDADE ENILA LTDA. -

174, Rua General Camara - Caixa 484 - Rio

Correspondentes de JULIEN & ROUSSEAU-Paris

# QUINO-PULMIN

## FORMULA:

Chlorhydrato Basico de Quinina . . . . . 0,030 grs.  
Camphora . . . . . 0,025 grs.

Em oleos essenciaes

## INDICAÇÕES:

Bronchites agudas e Chronicas, Gripes, Broncho-Pneumonia, Pneumonia Lobar, Sarampo, Broncectasias, Congestões Pulmonares Post-Operatorias, Pleurises Purulentas Interlobares.

AMPOLAS DE 1,2 cc.

**LABORATORIO BRASILEIRO DE THERAPEUTICA LTDA.**

RUA BRAULIO GOMES, 25 — TEL. 4-3217 — CAIXA POSTAL, 3018  
SÃO PAULO

## DEXTROPUR

Passou a denominar-se

Mediante seu pedido  
enviar-lhe-emos, com  
prazer, Amostra e  
Folheto Descriptivo.



## MAIZENA BRASIL S. A.

Matriz:

Caixa Postal 2972  
São Paulo

Agencia:

Caixa Postal 3421  
Rio de Janeiro

Na *bismuterapia* da SIFILIS destaca-se pelos notaveis efeitos em qualquer de suas formas ou manifestações em *adultos* ou *crianças*.

## NATROL

(*Tartaro bismutato de sodio*)

Producto hidrosoluvel. Atividade e tolerancia maximas. Facilidade de emprêgo. Ausencia de reações locais ou gerais.

*Empôlas de 2 c.c. = 0,038 Bi*

**NATROL (pomada) - Cicatrizante, espirilicida de ação local.**

CARLOS DA SILVA ARAUJO & CIA.  
Caixa Postal, 163

Rio de Janeiro

Deposito em S. PAULO: Rua 11 de Agosto, 20

*Drs.*

*M. O. Roxo Nobre*

*e Raul Braga*

## RADIOTHERAPIA

*Instalação para tratamento radiologico, profundo e superficial. — Applicações de doses fracionadas e protraídas na therapeutica dos tumores. — Tratamento de affecções neurologicas, clinicas e post-operatorias. — Therapia superficial em todas as indicações dermatologicas.*

*Moderna apparelhagem Siemens e Reiniger*

RUA SENADOR PAULO EGIDIO, 15. SALAS 607-9. PHONE: 2-5831

*Das 14 ás 17 horas*

## MOVIMENTO SCIENTIFICO PAULISTA

## Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 1 DE JUNHO

Presidente : PROF. FLAMINIO FAVERO

**O TRATAMENTO RADIOLÓGICO DOS MELANOBlastomas** — PROF. DONIZETTI. — O A. apresentou 14 casos dessa espécie de tumores tratados no Instituto de Caneer de Milão, serviço do prof. Perucia. 8 doentes receberam tratamento mixto — cirurgia seguida de radiotherapy; e 6 doentes foram tratados já inicialmente pela radiologia. Os resultados do 2.º grupo são mais animadores. As recidivas difficilmente obedecem a qualquer tratamento e a biopsia e mesmo a punctura por meio de agulhas de radium devem ser evitadas. Preconiza o A. a radiotherapy á curta distancia, em que os resultados são ainda melhores, mesmo nos melanoblastomas, em que o prognostico é dos mais reservados.

**Discussão** — O dr. Oswaldo Portugal salientou o valor da escola do prof. Perucia da qual faz parte o orador; frizou a actualidade do thema e testemunhou a raridade dos melanoblastomas entre nós. O dr. Carlos

Botelho Filho referiu-se á radiotherapy, salientando os seus progressos, seja nas applicações á curta distancia, seja na teleraadiotherapy.

**SYNDROMES IATROGENAS NOS CARDIACOS** — DR. BARBOSA CORREA. — O A. denomina assim os quadros clínicos dependentes da ação do medico. Se em todos os campos da medicina pode haver quadros da cujo aparecimento ou de cuja manutenção o medico é o principal responsável, na cardiologia são muitíssimas as ocasiões favorecedoras disso. Ora se trata de um erro de diagnóstico que cria a angustia dos pseudos cardíacos; ora medicação mal orientada, com intoxicações de symptomatologia variada; ora, finalmente, de um quadro em que dominam os elementos subjetivos, e que se manifesta de preferência nos hypertensos injusta ou exageradamente atemorizados pelo prognóstico que lhe fez o medico ou pelo genero

**IODEFIS**  
IODO PHYSIOLOGICO

PEPTIDOS ABIURÉTICOS COM 66,6% DE IODO.  
CADA AMPOLA DE 2 CC. CONTÉM 10 CENTS.  
DE IODO. — CAIXAS DE 10 AMPOLAS DE 2 CC.  
VIA INTRA-MUSCULAR OU ENDOVENOSA.



INSTITUTO THERAPEUTICO ORLANDO RANGEL - RIO DE JANEIRO

de vida que lhe foi imposto. Estão neste ultimo caso os doentes obrigados a sacrificios inuteis de viagens para lugares baixos, com abandono da familia e onus pecuniario; o mesmo quadro se verifica nos individuos hipertensos submettidos a constantes medidas de pressão arterial por medicos que attribuem valor exagerado ás cifras manometricas. O A. é partidario da desnecessidade de cuidados exagerados quanto á tomada frequente da pressão e ao temor da altitude. O A. relata alguns casos clinicos demonstrativos das varias modalidades da syndrome iatrogénica. O meio de evitar taes inconvenientes na practica é conhecer o medico as modernas directrizes diagnósticas e therapeuticas da cardiologia, e sobretudo adoptar na clinica orientação dominante psychologica.

**QUADROS MICROSCOPICOS DA SYPHILIS DO CORDÃO UMBELLICAL E SEU SIGNIFICADO NA PATHOLOGIA DA GESTAÇÃO** — DR. HILARIO VEIGA DE CARVALHO. — O A. apresenta os resultados das suas observações pessoeas em que verificou os quadros que a syphilis acarreta para o cordão umbilical. Verificou infiltrados parvucellulares intersticiais e perivasculares meso e endoarterites, phlebites e thromboses, illustrando esses diversos quadros com projeções de microphotogrammas cringinae. Em seguida assignalou a importancia que taes lesões apresentam em face da idade do producto da concepção lembrando a sua intercorrencia na interrupção da gravidez.

#### SESSÃO DE 10 DE JUNHO

Presidente : PROF. FLAMINIO FAVERO

**A EVOLUÇÃO DA OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA NACIONAL** — PROF. JOÃO MARINHO. — Começou o conferencista por declarar o sentimento inspirado de seu thema, o de reverenciar os grandes mortos que possibilitaram, por seus ensinamentos directos ou suggestões o surto actual de assignalado progresso na especialidade. Desenvolve brevemente, o conceito de Augusto Comte de "os vivos serem cada vez mais governados pelos mortos", definindo a humanidade como o conjunto das gerações passadas, presentes e futuras conjunto do qual se induzem dois atributos fundamentaes: o da solidariedade entre os vivos, continuidade e atributo proprio do conjunto, bem mais importante para a vida sem morte da humanidade. Remata a apreciação sobre esse ponto de estatistica social com mostrar que os resultados intellectuaes, moraes e praticos da cooperação humana dependerem mais do concurso das gerações successivas que da so-

lidariedade das duas ou tres coexistentes na vida objectiva. Fundamenta nessa preliminar a razão de eliminar de seu estudo a geração vivente ocupada no exercicio profissional da especialidade em affecção da garganta do nariz e dos ouvidos; se a um ou a outro vulto contemporaneo se refere, é para melhor accentuar o quanto o adiantamento actual delles fica a dever ao relativo do antepassado, a quem o juizo leviano estranha de "atrasados" por não cahir na contingencia da sabedoria a tornar-se fixa pela morte, que a subtráe de todo augeamento. Sob essa luz estuda grandes typos preteritos da especialidade, cada qual dentro das possibilidades do seu tempo, pois, acrescenta, a ninguem é dado progredir nem regredir á vontade. Divide a these proposta em duas partes. Na primeira historia a evolução da oto-rhino-laryngologia no estrangeiro, com particularidade em Vienna desde o aparecimento com Czermak em 1860, o desenvolvimento moroso

della até a descoberta da anestesia local pela cocaina, em 1884 dahi por diante accentuadas as possibilidades de therapeutica cirurgica, estendida, com a sua substituição da cocaina pela menos toxica novocaina aproveitada por Braun ás grandes intervenções da especialidade actual indolores sem anesthesia geral precisas, seguras, exangues rápidas, desapparecidas do acto operatorio as mortes por "choque" do tempo do chloroformio ou do ether. Na segunda demora-se em mostrar de como a evolução no Brasil acompanha a primeira, e revê os vultos de Gama Lobo, Hilario de Gouvêa, de quem relata episodios edificantes de sua vida consagrada ao beneficio social "cathedratico de duas cadeiras e orientador de duas reformas fundamentaes do ensino medico, de uma das quaes foi o organizador"; demora-se com particular veneração e affecto na personalidade de quem chamou seu Mestre dr. Guedes de Mello e a quem a modestia não permitti renome á altura do merecimento, e lembra a propósito que essa virtude é um bello adorno, comtudo sem elle vae-se mais longe. Passa á contemplação de outros contemporaneos dessa época drs. Azevedo Macedo, Manso Sayão, Peacock, Leonel da Rocha, Leal Junior, reproduzindo aerea de Carneiro da Cunha primoroso retrato da lavra de seu companheiro de longos annos na Santa Casa do Rio de Janeiro, o eminente oto-rhino-laryngologista carioca dr. Aprigio do Rego Lopes. Relem-

bra os vultos venerandos dos drs. Adolpho Gatti, De Marchi, Ataliba Florence, Souza Castro, Bueno de Miranda, Lindenberg, nos quaes pouco se demora por confiar mais na historia delles relatada pelo digno representante da oto-rhino-laryngologia em São Paulo dr. J. J. da Nova, da admiração dos collegas em todo o Brasil.

Remata a conferencia descrevendo aos ouvintes a excellente impressão trazida de Campinas, onde, na recem-criada "Clinica Oto-Rhino-Laryngologica" os seus dirigentes realizam o desiderato de attender, no mesmo edificio a clientela numerosa, juntamente com a de pobres, em "tempo integral", o que lhes permite pôr em ação o espirito da organisação hospitalar moderna: tratar o doente, ensinar medicina e facilitar a pesquisa. E conclue: Meus nobres e queridos collegas paulistas, ou decidis a tratar os vossos doentes de garganta, nariz e ouvidos com conforto e rendimento de actividade profissional a par de Campinas, ou Campinas vos leva á palma. E aos nossos collegas do Rio, tambem, a uma hora e pouco pelo ar... Tão adiantado já nos andam os recursos therapeuticos da especialidade que o novo Instituto de que ireis amanhan lançar a pedra fundamental será dirigido por tres especialistas distintos: um da laryngologia e esophago-bronchotracheoscopista; outro, rhinologista e o terceiro otologista. Reuni-vos tres a tres e Campinas não ficará a sós no campo do vosso progressista São Paulo.

## SESSÃO DE 15 DE JUNHO

Presidente: PROF. CELESTINO BOURROUL

**DA SOROTHERAPIA INTENSIVA NA DIPHTERIA - PROF. JOÃO MARINHO.** — O orador demonstrou á luz de trabalhos experimentaes o desarrazoado clinico das altas doses de soro no tratamento da diphteria, quando bastaria com larga margem ao efecto therapeutico dosagem muito menor. Dividiu os doentes

em casos leves, de mediana gravidade e graves, propondo a cada grupo doses de 5 a 10.000 unidades antitoxicas: 10 a 20.000 30 a 30.000. Considerou a conveniencia da quantia a ser injectada de uma só vez em injeccão unica e terminou sugerindo a possibilidade dos casos de "diphteria maligna" provirem das doses mas-

siças e repetidas, ao uso actual da sorotherapia anti-diphtherica.

**DA SYNDROME DO CABO DO MARTELLO NA HYPERTENSÃO ARTERIAL - PROF. JOÃO MARINHO.** — Discorreu sobre o signal otoscópico do cabo do martelo na hipertensão arterial, estudou, em contribuição original, por seu assistente e livre docente, dr. Aristides Monteiro, da Faculdade do Rio de Janeiro, o signal encontrado com as zoadas, dores de cabeça, vertigens, para a re-

gião da nuca, mais de uma vez. Faz considerações acerca da patogenia na congestão do martelo (na cadeia de ossinhos do ouvido medio). Concluindo propôz a dar-se ao complexo symptomatico o nome de "syndrome do cabo do martelo na hipertensão arterial" ou "syndrome de Aristides Monteiro". Pode a syndrome tornar-se mais complexa enriquecida de outros symptoms da hipertensão, hemorrhagias, acidentes oculares, etc.

## Associação Paulista de Medicina

### SEÇÃO DE NEURO-PSYCHIATRIA, EM 5 DE MARÇO

Presidente : DR. PAULINO W. LONGO

**CORPO EXTRANHO (LAMINA DE PUNHAL) ENCRAVADO NO CEREBRO DURANTE 38 ANOS. REACÇÕES TARDIAS OPERAÇÃO CURA - PROF. A. C. PACHECO E SILVA.** — O A. apresentou a interessante observação de um individuo que, ha 38 annos sofrera uma punhalada na cabeça ao nível da região parietal esquerda, sem consequencias imediatas de importancia. Muitos annos depois passou a soffrer naseas frequentes acompanhadas de azias e cefaléa intensa. Assim correu muitos consultorios medicos com diagnosticos diversos e chegou mesmo a fazer uma viagem á Europa, á procura de especialistas que pudessem resolver o seu caso. Sempre fôra tratado do estomago, do fígado a que atribuiam os seus males. Trazia mesmo, na occasião em que procurara o consultorio do A., as radiographias do estomago e duodenal que aliás revelavam completa normalidade. Entretanto, a dor de cabeça intensa que mais se exacerbava, provocava vomitos, fez com que o A. solicitasse uma radiographia do crânio, onde claramente se via o corpo estranho penetrado no cerebro, lo-

go abaixo da calota crâniana. Só então foi relacionado o accidente sofrido ha 38 annos com os actuaes symptoms. A operação foi simples e constituiu apenas na incisão do couro cabelludo e extração da ponta de punhal, com uma pinça, em virtude de sua localização muito superficial. Executou-a o prof. D. Vannucci. Desde então, Dezembro de 1936, o paciente vem passando bem, sem apresentar mais os symptoms de que antes era portador.

**Commentários :** O prof. H. Roxo considerou o trabalho exposto pelo A., tão claro e demonstrativo, que poderia ser posto fora de discussão. Entretanto, o prof. Pacheco e Silva, insistiu para que assim não fizesse, no desejo de se respeitarem as tradições da Casa. Suggeriu mesmo a satisfação de ouvir o parecer do prof. Vampré, presente á reunião e cuja experiência sobre o assunto era grande.

O prof. Vampré referiu que poderia ser completada a cura do doente, se por acaso sobreviesse recidiva, com o emprego da radiotherapy profunda. Relatou mesmo que, em sua enfermaria, teve uma doente que, ha 4 annos, conservava um pedaço de tesou-

ra na columna vertebral, tendo ficado paraplegica e com o syndrome de Brown-Squard, sem que soubesse da existencia desse corpo estranho, causador de tantos disturbios. Isto mostra a importancia do exame radiologico em casos de tal natureza. Referiu ainda que ha algum tempo, juntamente com o dr. Zephirino do Amaral, observava um doente que havia tomado um tiro na cabeça, trazendo no momento do exame a bala na mão e que fora extraida no proprio local o accidente, em virtude de sua localização muito superficial. Entretanto, uma radiographia do crâneo mostrou a existencia de uma segunda bala, que foi então extraida. O exame minucioso da cabeça permitiu a verificação de um orificio de penetração do projectil e a conclusão cabível no caso é que o paciente fora alvejado duas vezes, sendo que as duas balas penetraram pelo mesmo orificio. Lembrou o caso referido por Guillain de um soldado que, subitamente, sentiu forte dor nas costas, ficando imediatamente paraplegico, para falecer logo depois. Feita a autopsia encontrou-se uma bala na medula. Não havia porém ferimento algum no tegumento cutaneo, que pudesse indicar o ponto de penetração da bala.

O prof. H. Roxo recordou, a propósito, a insistencia que faz o prof. Guillain sobre a necessidade de se fazer um exame minucioso em todos os casos dessa natureza para poder firmar o diagnostico, pois, acrescentava, doente mal curado era doente mal diagnosticado.

O prof. Pacheco e Silva completou as informações sobre o caso apresentado, com o esclarecimento de que, no periodo post-operatorio, prescreveu pequenas doses de luminal ao paciente.

**MENINGITE AGUDA ASEPTICA PRODUZIDA POR PUNÇÃO LOMBAR** — Dr. OSWALDO LANGE. — O A. apresentou duas observações em que a punção lombar foi seguida, imediatamente

de accidentes de tipo meningítico agudo. Nos dois casos a symptomatologia desapareceu totalmente depois de 3 dias. Em um dos casos o exame do liquor, praticado durante o periodo reacional, mostrou os caracteristicos humoras da meningite aguda. A propósito desta ultima observação em que a doente era heredo-luetica, o A. discutiu a pathogenia do accidente a reactividade das reacções liquoricas do tipo luetico e os caracteristicos morphologicos dos elementos celulares encontrados durante o periodo reacional.

**Commentarios:** O prof. H. Roxo informou que teve já a oportunidade de observar em um doente com esclerose em placas incipiente, o apparecimento de um processo de meningite logo depois da punção lombar, muito embora todos os rigores de technique e asepsia fossem observados na extração do liquor.

O dr. Mario Yahn recordou que quando, juntamente com os seus collegas do Hospital de Júqueri, estudou os methodos encephalographicos na demencia precoce, teve um caso em que logo após a introdução do ar por via sub-occipital, surgiram fracos symptomas de meningite. Algumas horas mais tarde sobreveiu edema agudo do pulmão vindo o paciente a falecer no dia seguinte. A autopsia revelou a existencia de uma myocardite e de numerosos calculos na visicula biliar ao lado das lesões meningeanas e pulmonares. Ora é conhecida a facilidade com que as lesões hepaticas ou biliares condicionam a congestão pulmonar. A calculose com a myocardite explicavam bem o edema agudo, causa da morte mas não eram bastante fortes para justificar a meningite. Os casos do dr. Lange veem, até certo ponto justificar a complicação immediata apresentada pelo doente e que foi a meningite. E' muito provavel que o exito letal não se desse se não tivesse havido a complicação pulmonar e seria de se esperar que essa meningite asep-

tica regredisse totalmente. Pelo menos é nesse sentido que nos faz pensar a comunicação muito interessante do dr. Lange.

O dr. Lange agradeceu a todos os que commentaram o seu trabalho e acrescentou que a autopsia de doentes falecidos logo após a punção lumbar tem revelado a existência de congestão pulmonar, coisa que não acontece com a punção sub-occipital.

**INDICAÇÕES FORNECIDAS PELO EXAME DO LIQUOR PARA A PROPHYLAXIA DA NEURO-LUES - DR. O. LANGE** — Foram apresentadas pelo A., duas observações de doentes syphiliticos com sôro-reacção de Wassermann resistente ao tratamento. Os exames do líquido cefalorachidiano mostraram alterações graves que conduziam ao diagnóstico de neuro-lues pré-clínica. Com o tratamento chímico-terapêutico intensivo associado ao hemostyl, em ambos os doentes, as soros-reacções de Wassermann e de Kahn se tornaram negativas apesar disso, nestes pacientes a neuro-lues se firmou progressivamente terminando ambos com paralisia geral progressiva. Commentando o seu trabalho o A. salientou a importância do exame do líquor, negando qualquer valor prognostico ao facto de se terem negativado as reacções no sôro sanguíneo.

**Commentario:** Disse o prof. H. Roxo admitir que o trabalho do A. nos vem mostrar o interesse que ha em se fazer o exame do líquor nos antigos syphiliticos. A esse respeito já teve a oportunidade de se referir às medidas prophylacticas que se praticam em Vienna, com o fim de se julgar da possibilidade de uma lues latente evoluir para as formas nervosas. Também no Rio de Janeiro, de modo modelar no serviço do prof. Rabello, essa conducta vem sendo seguida com os melhores resultados. O proprio prof. Miggazzini em certa occasião, mostrou ao prof. Roxo a necessidade e a vantagem de se fazer systematicamente o exame do líquor já

não nos lueticos com a forma latente, mas nas proprias pessoas que têm relações de familia com paralyticós geraes.

**PERMEABILIDADE DA BARREIRA HEMOLIQUORICA EM 35 CASOS DE NEURO-SYPHILIS. SUA VARIAÇÃO COM A PYRETOTHERAPIA. CONTROLE PELAS PROVAS DO BROMO E DO CHLORO - DR. PAULO P. PUPO E J. A. SILVA.** — Os A. A. estudam, com os tests do bromo (Walter) e do chloro, a permeabilidade da barreira na syphilis nervosa, antes de qualquer therapeutica e sua variação, comparativamente com os dados serologicos e clinicos, após therapeutica especifica. Apresentam 20 observações com exames antes e após a pyreto-therapia e 15 exames somente antes deste tratamento. Finalmente chegam às seguintes conclusões:

- 1.) E' coisa fóra de dúvida a existencia de uma barreira sanguineo-liquor, cujo substracto é representado pelas paredes dos capilares e pelos elementos connectivos (SRE) que a envolvem;
- 2.) A existencia da barreira liquor SNC é inconteste, mas a da barreira sangue SNC é duvidosa;
- 3.) O equilibrio osmotico existe entre sangue liquor, não sendo entretanto, as leis do Donnan sufficientes para explicar a metabolismo entre os dois meios;
- 4.) Toda causa irritativa das meninges pode provocar aumento de permeabilidade da barreira sanguineo-liquor;
- 5.) O methodo do bromo de Walter nos proporciona resultados constantes e são sensíveis às pequenas variações da permeabilidade, sendo, portanto util para o controle desta, sob o ponto de vista clinico;
- 6.) O methodo do chloro isolado tem também seu valor, mas juntamente com o do bromo nos dá resultados apreciaveis;
- 7.) Na syphilis nervosa, em 62,85% dos casos o PQ do bromo esteve abaixo dos limites normaes e o do chloro em 70,3% esteve acima delles indicando ambos os resultados uma permeabilidade aumentada;
- 8.)

Com a pyretotherapia o PQ do bromo ascendeu em 70% dos casos ; 9.º) O PQ do cloro modificou-se paralelamente ao bromo ; 10.º) A melhoria da permeabilidade nem sempre foi seguida de melhoria do quadro clinico. Para o lado neurologico, a cytologia mostrou-se mais sensivel e, em segundo lugar, as globulinas e o benjoim coloidal. A albumina e a RW foram as mais rebeldes ; 11.º) Entretanto nos casos de evolução clinica favoravel, houve sempre melhoria da permeabilidade ; 12.º) O PQ do bromo para o liquor de punção sub-occipital, foi em 85,8% das provas, superior ao liquor de punção lombar, sendo a media dessa diferença 0,471 antes da pyretotherapia e 0,528 depois. Não são tiradas conclusões sobre seus limites de variação normal por termo sido os trabalhos em casos pathologicos.

**MODERNOS TRATAMENTOS DA ESCHIZOPHRENIA** — DR. MARIO YAHN. — O A., considerando a elevada projecção do prof. Roxo na psychiatria nacional, onde introduziu diversos processos de tratamento das psychoses, pediu licença ao prof. da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, para offerecer-lhe o seu trabalho que oportunamente será publicado na Revista da Associação. Começou examinando a importancia social e especial da eschizophrenia, preocupando-se com o seu conceito, para rever rapidamente as opiniões de Kraeselin e Bleuler : detem-se com mais vagar na analyse dos limites nosographicos, factor importante na individuização do assumpto. Apega-se com predilecção á orientação de Kretschmer-Mauz. Em seguida com o fim de dar maior segurança ao estudo dos resultados que se possam obter com os multiplos methodos therapeuticos, estabeleceu, como factor capital a uma observação scientifica, a necessidade de se precisar o diagnostico, valendo-se das informações sobre a hereditariedade, do quadro cli-

nico e do tipo somatico. Estes elementos permitem, em parte, prever a evolução provavel da enfermidade, que se pode fazer por surtos ou de modo catastrophico. Tambem a duração da enfermidade, como as formas clinicas e a possibilidade de remissões espontaneas são revistas. Passa ao estudo dos processos therapeuticos. Primeiramente considerou a malariotherapy, cujos resultados inconstantes, contradictórios e precarios fazem com que ocupe um plano secundario na escala dos valores effectivos. Acrescenta que muito mais promissores são os modernos processos therapeuticos específicos da eschizophrenia. São elles : o processo de von Meduna ou convulsotherapy, o de Galant ou tratamento pelo sangue de placenta e o de Sakel, com a provocação do coma hypoglycemicio pela insulinina. Há entre todos estes modernos tratamentos de que o A. dá a technica, os accidentes possiveis e os resultados estatisticos obtidos até ao momento, certas relações no modo de ação. Julga ainda como provaveis os sucessos futuros desses methodos, principalmente o da insulinina e o do cardiazol, que abrem um novo sector de estudos no campo da pathologia mental, descontinuando esperanças até então insuspeitas. Seu trabalho tem por fim o estudo critico e de divulgação, principalmente o de divulgação.

**Commentarios :** O Professor H. Roxo agradeceu a homenagem que o comunicante lhe prestou e, para demonstrar o seu interesse pelo assumpto, dispõe-se a fazer alguns commentarios sobre o methodo de Sakel, que vem aplicando na sua clinica hospitalar, com resultados animadores, muito embora nenhuma communicação haja ainda feito a respeito. Exprimiu-se então longamente sobre a sua experienca, expondo os casos mais interessantes que teve a oportunidade de observar. Em resumo, disse o que se segue : — O tratamento de Sakel é feito por nós em 4 phases :

**1.ª phase)** 3 vezes por dia são aplicadas de 15 a 40 unidades de insulina. A injecção deve ser feita 2 horas depois da comida e com intervalos de 4 horas de uma para outra. Cada dia aumenta-se de 5 a 10 unidades, até que haja o choque. A primeira injecção deve ser dada às 7 horas da manhã. O doente deve ficar 4 horas sem comer, depois da injecção. Deve-se sempre tomar o pulso, medir a pressão arterial, pesquisar a glycemia. - **2.ª phase)** Consiste na provocação de choques hypoglycemicos graves. Há a principio suores profundos, somnolência progressiva, interrompida por crises de excitação psychica. Notam-se tambem myoclonias, pequenas crises convulsivas, tremores generalizados. As doses de insulina, que variam então de 40 a 190 unidades, passam a ser dadas apenas uma vez cada dia. As injecções são diárias, com um dia de repouso em cada semana. Pode-se deixar o doente em coma de 30 minutos a uma hora e meia. Interrompe-se o coma com ingestão de hydratos de carbono, pela sonda nasal. As doses variam para cada pessoa. Esta phase costuma durar de 4 a 6 semanas. No momento em que se dá o choque hypoglycemicio este pode traduzir-se por crises epileptiformes, o que traduz um feitio grave, indicando-se então obrigatoriamente a interrupção da hypoglycemia. **3.ª phase)** O doente não recebe insulina ou apenas lhe são administradas quantidades muito diminutas. - **4.ª phase)** Phase de paralyzação de Sakel. Injecção de pequenas doses, no limite de tolerância. Sua duração é de 8 dias. Sakel recomenda ter à mão um estojo com solução de dextrose e tonico-cardiacas. Em caso de perigo fazer a injecção de assucar intra-venosa, ou introduzir-se pela sonda nasal 100 grs. de assucar dissolvido em agua ou leite. Quando o doente estiver em coma, é mais prudente fazel-o sentar-se e manter a cabeça inclinada para diante afim de que a saliva possa escorrer pela boca entre-aberta, para se evi-

tar assim a possibilidade de uma pneumonia. Se sobrevem crise epileptica forte, injecção de adrenalina. Se ha vomitos, 15 gotas de solução millesimal de sulfato neutro de atropina. A glycemia não desce em geral, a menos de 40 milligrammas por cento. Deve-se interromper o choque quando o pulso se mostrar fraco ou muito rapido, quando houver fortes ataques, espasmo laryngeo, pálidez exagerada, distúrbios respiratórios. Excepto nos casos de estupor, não se deve interromper a hypoglycemia quando ha actividade psychomotora ou psychose activada. Diz Sakel que o doente pode ficar nesta phase. É possível haver reactivação das perturbações mentais pela insulina. Sakel assinala 3 mortes em 200 casos e 88% de curas ou pelo menos melhorias sensíveis. Isabel Wilson demonstrou que nos tres casos de morte que figuram na estatística de Sakel em grande parte influiu a falta de assistência medica. Num, o choque hypoglycemicio ocorreu alta noite e não foi presentido, noutro houve morte subita, pois o doente era portador há tempo de esclerose das coronárias, não diagnosticada antes; no terceiro houve uma necrose do pancreas. Sakel diz ser ainda problemático o modo pelo qual actua o choque insulínico. Fala porém numa ação específica de insulina sobre a psychose, activando a volta à normalidade. Na estatística de Dusík e Sakel, de 104 casos, houve nos doentes recentes 86% de remissão, estando todos aptos para o trabalho depois de cura, e nos doentes antigos, 45% de remissões que levaram os individuos a condição de vida compatível com a necessidade do trabalho.

O dr. J. Nascimento de A. Prado, disse que no Hospital de Juquery tem praticado todos esses métodos de tratamento com resultados precários, talvez em virtude de elementos pouco apropriados, mas que assim mesmo pôde observar coisas interessantes. Em um doente eschizophrenico.

# *Gercainal*

**CIBA**



POMADA ANALGESICA E ANTI-  
PRURIGINOSA DE EFFEITOS  
SEGUROS E PROLONGADOS

ECZEMAS  
HEMORRHOIDES  
ULCERAS DA PERNAS  
QUEIMADURAS  
CHAGAS POR DECUBITO  
PRURIDOS, ETC.

BISNAGAS COM 20 grs.

PRODUCTOS CHIMICOS CIBA LTDA.  
RIO DE JANEIRO  
CAIXA POSTAL 3437

SÃO PAULO  
CAIXA POSTAL 3678



# VANIOBIS

ASSOCIAÇÃO IODO-BISMUTO-VANADO-  
CÁLCICA EM VEÍCULO AQUOSO

SÍFILIS EM SUAS VARIADAS  
MODALIDADES

ALÉM DE ENÉRGICO ESPIRILICIDA  
APRESENTA NOTÁVEL VALOR  
TÔNICO, ANULANDO A AÇÃO  
DEPRESSIVA DO BISMUTO

AÇÃO IMEDIATA      APLICAÇÃO INDOLOR

CAIXA COM 12 EMPÔLHAS  
DE 3 CC.



GRANADO & CIA

R. 10 DE MARÇO 14, 16 E 18  
RIO DE JANEIRO BRASIL

forma paranoide, applicou o tratamento com sangue de placenta e formou-se um enorme abcesso na nadega; o curioso é que enquanto persistiu a suppuração o doente permaneceu em remissão completa mas, logo que houve a

cicatrização, retornaram os delírios, voltando o paciente ao estado anterior. Também empregou o óleo camphorado, associado ao Cardiazol, a insulinoterapia, mas os resultados foram sempre inferiores aos que esperava.

### SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE MARÇO

Presidente: Dr. J. SOARES HUNGRIA

**INFECÇÃO GENITAL CONCEPCIONAL LATENTE. GONOCOCCIA CONCEPCIONAL** — DR. AUGUSTO VERGELY. — OA. expôz um processo de infecção genital na mulher, não descripto até agora. Uma moça sem passado de infecção genital, casa-se com um homem dado como sábio, mas tendo tido anteriormente uma gonorréa. Poucos meses depois de um parto, a mulher se queixa de dores nas juntas, nas cadeiras, nos pés, nas costas, na cabeça, palpitações, tonturas, insomnias — certas dermatoses podem também aparecer: simples prurido, urticaria, edema de Quincke, eczemas, acne, furunculos, pyodermites, etc. O exame clínico do apparelho genito-urinário é frequentemente negativo. Os diagnósticos mais diversos são aventados: "ácido urico", artritismo, syphilis, tuberculose, cardiopathia appendicite etc., a mucosa nasal é cauterizada as amygdales extraídas, os dentes suspeitos arrancados sem resultado. A chegada da menopausa faz pensar em insuficiencia endocrinica; mas a oportoterapia é eficaz. Trata-se na verdade de uma infecção do fundo uterino e da parte intersticial das trompas ocorrida no acto da concepção por um homem portador de uma espermacystite blenorragica latente. Só a desinfecção do fundo uterino por antisépticos apropriados pode curar completamente essa doente.

**Commentários:** O dr. Santa Maria referiu não poder corroborar "in totum" a opinião do A. mas pensa que todo individuo portador de uma gonococcia, po-

de ter uma infecção da vesícula seminal e em grande numero de casos tem-se verificado a presença de gonococcus não só pelo processo aspiratorio como pela expressão da vesícula. Pelo exame bacterioscopico, bacteriologico, e cytologico verifica-se que o espermatoczoide ou está fragmentado, ou então lesado, nunca uniforme, e a premissa de Luys vem sendo confirmada, de que o espermatoczoide sendo atacado pelo germen poderá ser influenciado pelo mesmo e ser veicular da infecção na mulher.

O dr. Soares Hungria felicitou o A., esperando que nas proximas reuniões continue a trazer novos trabalhos.

**SOBRE DOIS CASOS DE STRUMITE SUPPURADA COM APRESENTAÇÃO DE DOIS DOENTES** — DRs. J. SOARES HUNGRIA e DOMINGOS DELASCIO. — Os AA. apresentaram uma observação sobre a strumite suppurada rara entre nós, Documentaram-na com radiographias, metabolismo, cardiogrammas e outros exames clínicos ilustrativos omitindo o histopathologico, julgado dispensável. Tratava-se de uma doente com mais de 60 anos de idade, operada 2 meses após o aparecimento da infecção. A operação foi feita de urgencia no dia em que a doente, muito intoxicada, se apresentou à consulta. Em menos de um mês a doente se encontrava completamente curada, tendo engordado 11 kilos.

**Commentários:** O dr. Mario Ottobrini disse que o caso apresentado é interessantíssimo, não

só pela precisão do diagnostico, como tambem pela intervenção que teve o mais feliz exito. Nunca teve oportunidade de observar casos de strumite supurada, mas ha pouco tempo pôde observar dois casos de thyroideite, sendo que o primeiro apresentava uma tumefacção da glandula. Com applicações quentes e administração de iodo o processo cedeu. Comtudo a região ficou inteiramente fibrosada. Ha pouco tempo um outro doente que apresentava ligeiro bocio com exophthalmia e phenomenos dolorosos e inflammatorios ao nível da glandula, com applicações de iodo apresentou melhoras. Não modifcou o tratamento já instituido por outro collega. No momento não tem mais noticias dessa paciente. Entre as complicações que podem atingir a thyroide o que muito bem foi focalizada pelos AA., a da hemorragia intersticial se destaca por ser um acidente que precisa intervenção imediata. Quanto á degeneração maligna da thyroide, tivemos um caso interessante com metastases para o lado do frontal, tendo dado uma radiographia com aspecto de agulhas osseas radiadas. Curioso é que num trabalho classico de cirurgia tambem deparámos com um caso de metastase igual e da mesma localização.

O prof. Raphael de Barros desejava apenas fazer uma sugestão ao trabalho tão brilhantemente apresentado, sobre o dia-

gnostico differencial, em que os AA. omittiram de abordar a possibilidade de se tratar de um chondroma calcificado.

O dr. Zephirino Amaral achou ambos os casos muito interessantes, principalmente o 1.º, que parecia um carcinoma ulcerado, mas que entretanto teve um desfecho feliz. Já teve alguns casos de strumite supurada, que se resolvem pela abertura e drenagem, porém em alguns casos, após a abertura e drenagem fica uma fistula rebelde aos tratamentos habituas, sendo mesmo necessário uma thyroidectomia parcial para se resolver o caso. Lembrava ainda um caso de thyroide supurada recidivante pelo facto de haver concomitantemente uma fistula branchial. Felicita os AA. não sómente pela brilhante exposição de materia como tambem pelo feliz exito cirurgico.

O dr. Domingos Delascio disse que o dr. Ottobrini referiu que as thyreoidites supuradas talvez sejam raras, mas o mesmo não se passa com as insupuradas. Quanto ao cancer da thyroide, lembrará que em sua phase vegetativa intra-capsular pode dar metastases. Ao prof. Raphael de Barros, agradece a sugestão, perfeitamente cabivel ao caso. Ao dr. Zephirino agradece os commentarios, que focalizaram muito bem os abcessos residuas, as fistulas branchiaes, requerendo sempre uma strumectomy posterior.

#### SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SYPHILIGRAPHIA, EM 11 DE MARÇO

**ESTADO ACTUAL DA QUESTÃO DAS RECTITES ESTENOSANTES NA LYMPHO-GRANULOMATOSE INGUINAL** (conferencia) — PROF. EDMUNDO VASCONCELLOS. — O A. abordou o diagnostico etiologico, cuja exactidão ainda não está bem determinada, excluindo diversas causas. Cita a opinião de Frey de que a transmissão tessidual do virus ainda não foi feita. Tem a impres-

se que no caso apresentado se demonstra, pela primeira vez, objectivamente, a presença do virus, representado pelas inclusões. Esse resultado que obteve coincide integralmente com a descrição de AA. japonezes. Em seu trabalho ainda ficou demonstrado, pela primeira vez (ao menos publicado), de uma perfuração do recto na gordura perirectal. Detem-se o A. ainda em considerações anato-

micas, em dispositivos exhibidos, tecendo também comentários nas duas radiographias pertencentes ao caso, concluindo pelo seguinte: a) o factor etiologico parece ter sido demonstrado, dado a prova objectiva, que obteve, tendo exhibido desenhos obtidos no laboratorio de Histologia da Faculdade quando foram muito bem estudadas as inclusões encontradas; b) a evolução clinica, trata-se de uma pelvi-rectite e não como fazia suppor uma pelvi-cellulite; c) as lesões de evolução alta podem provocar perfuração rectal.

**Commentários:** O dr. Scavone pediu ao A., detalhes sobre a técnica cirúrgica, pois, em Paris, observam-se resultados desastrosos e em geral o tratamento lá nesses casos se tem resumido em aplicações locais.

Disse o prof. Vasconcellos que é muito difícil encarar, de modo global, o problema, porque requer tempo e sendo uma sessão de dermatologia, abordou apenas o problema etiologico. Os franceses estão operando mal e para a

confirmação dessa minha assertão basta observarmos as pranchas desse livro, onde estão delineadas operações muito mal orientadas. Em nossos casos temos sempre cortado o esphincter, mas o resultado dependerá sempre do esphincter estar ou não tomado, pois o doente poderá ficar com um anus perineal incontinente, o que seria um attentado às condições sociais do paciente. Quanto à medicamentação topica, os AA. ou pelo menos a maioria, estão de acordo que com esse meio terapêutico não se consegue cura alguma.

O prof. Aguiar Pupo, antes de encerrar a reunião, agradeceu ao A., a brilhante conferencia, que veiu de muito alargar a visão da dermatologia, vindo nos advertir da necessidade que temos da colaboração precoce dos demais especialistas, evitando assim de sómente curarmos as lesões cutâneas, descurando da repercussão que essas mesmas lesões podem determinar no resto do organismo.

#### SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE MARÇO

Presidente: DR. PEDRO DE ALCANTARA

**UM CASO RARO DE DEFORMIDADE CONGENITA** — Drs. ESPIRITO SANTO e CARMO MAZILLI. — O trabalho foi comentado pelo dr. Pedro de Alcantara o qual disse ser difícil classificar a anomalia que apresentava a doentinha, objecto da comunicação. Pensa acertada a designação dada pelo dr. Carmo Mazilli.

O dr. João F. Barreto felicitou os drs. Espírito Santo e Carmo Mazilli pela brilhante comunicação. Lembrou o caso de um vendedor de bilhetes de loteria que acredita se assemelha ao caso apresentado. Achou que pode incluir esse caso de deformidade no grupo das degenerações multiplas.

**SOBRE 70 CASOS DE ENURESE NOCTURNA E SEU TRATAMENTO PELOS SAES DE**

**CALCIO** — DR. PEDRO REFINETTI. — Commentando o trabalho, o dr. Gomes de Mattos disse que a princípio julgava inefficaz a ação do gluconato de calcio. Convenceu-se, posteriormente, do seu grande valor. Não acredita no tratamento suggestivo e nos regimens alimentares propostos pelos AA. O dr. João F. Barreto disse que o objectivo do seu comentário não é de critica e sim para ilustração pessoal. Perguntou: 1.º) Se foram feitos exames de urina, nos casos de polakiuria, para saber se se trata de cystite ou não; 2.º) Pensa ser muito curto o prazo de observação dos doentes após a ultima injeccão; 3.º) Se ha um desequilibrio entre o potassio e o calcio no sangue que acarreta como consequencia a enurese, julga que, como uma a tres injeções de calcio não será

sufficiente para restabelecer o equilíbrio; 4.º) No caso de maior numero de injeções pergunta se o equilíbrio é definitivo e se com a eliminação do calcio o desequilíbrio não surgirá novamente e, consequentemente, a enurese; 5.º) No caso de aplicação de raios ultra-violeta não houve suggestão?

Disse o dr. Leme da Fonseca observar no ambulatorio do Pavilhão Condessa Penteado casos de enurese, e com o auxilio dos raios X pôde constatar a presença de espina bifida em alguns delles. Quando isto acontece o doentinho é encaminhado para o Pavilhão de Cirurgia Infantil para o tratamento adequado. Lembrou ao dr. Refinetti a possibilidade dos casos rebeldes ao tratamento serem devidos a espina bifida.

O dr. Espírito Santo felicitou o dr. Refinetti pelo seu estudo minucioso e bem documentado. Perguntou se foi feito em todos os doentes o método educativo. Informou ter obtido muito bons resultados com esse método, administrando concomitantemente saes do calcio. Chamou a atenção para as crianças neuropatias. Achou interessante a coincidencia da enurese com o acesso febril; pensa que isto se deu devido o terreno nervoso. Perguntou porque não foram tratadas todas as crianças com injeções de calcio na veia.

O dr. João F. Barreto citou uma estatística de 60 casos tratados pela pituitrina, explicando que este medicamento actuaria sobre a musculatura lisa da bexiga (Le Monde Médicale).

O dr. Pedro de Alcantara felicitou o dr. Refinetti pela oportunidade do assumpto e sua documentação. Disse que precisamos fazer scienzia no Brasil e para o Brasil. Não julga adequada a denominação de enurese congenita; tem entretanto, dificuldade em dar a designação apropriada. Não sabe se nas crianças tratadas com calcio com ostelin o efeito benefico foi devido ao calcio ou à vitamina D. Pensa que o efeito pode correr por conta da vitamina acima mencionada. Dis-

se também ser a syphilis uma eventualidade provável. Pensa como o dr. Espírito Santo que a febre provoca um desequilíbrio neuro-vegetativo e dahi a enurese. Acredita ser interessante a pesquisa de signaes de vagotonia.

O dr. Refinetti agradeceu as felicitações e disse terem sido feitos exames de urina das crianças que tiveram recidiva da enurese, os quais resultaram negativos. Os raios ultra-violeta foram aplicados sómente em um caso, e portanto não permite tirar uma conclusão; disse também que AA., estrangeiros aconselham nos casos de espina-bifida a secção das bridas ou filamentos da cauda equina que podem prejudicar as crianças. Informa que muitos autores não creem no método e no regime alimentar como tratamento da enurese. Disse que deixou de fazer injeções de calcio na veia sómente quando era impossível, quer pelo pequeno volume da veia, como também devido à resistencia oferecida pela criança. Davidson informa que a neuropathia entra na proporção de 16% na etiologia da enurese.

O dr. Gomes de Mattos disse que apesar de não ser de praxe interrogar um commentador, toma entretanto a liberdade de perguntar ao dr. Leme da Fonseca que tipo de operação é indicado para o tratamento da espina bifida a que se referiu no seu commentario.

O dr. Leme da Fonseca disse ignorar qual seja propriamente a técnica empregada mesmo porque tem se limitado enviar os doentes com as respectivas radiographies para o Serviço de Cirurgia Infantil, não estando ao par do que nelles tem sido feito. Prometeu trazer na proxima reunião maiores esclarecimentos.

Disse o dr. Gomes de Mattos que em casos de bridas que comprimem a cauda de cavalo existem operações, mas em simples casos de espina bifida não comprehende como se pode justificar a intervenção.

## SECÇÃO DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA, EM 17 DE MARÇO

Presidente : DR. FRANCISCO HARTUNG

**ATRESIA NASAL COM APRESENTAÇÃO DE UM DOENTE** — DR. RABELO NETO. — O A. dividiu em dois grupos as atresias nasaes, com ou sem deformação da pyramide nasal. Apresenta photographias de um caso, referindo-se depois a outros e exhibindo photographias e preparados em gesso.

**Commentarios :** O dr. Mattoz Barreto indagou si nos casos referidos pelo A. ha alguma razão que justifique a contra-indicação da diathermo-coagulação, e tambem se nos casos de insucesso de enxerto de Wolf foi empregado a dilatação progressiva. Considera que, nas occlusões de etio-pathologia obscura, a tendência é sempre a progredir, e no fim de certo tempo observa-se a fossa nasal revestida de um septo fibroso.

Perguntou o dr. Plinio Barreto ao A. si tem empregado a laminaria.

O dr. Rabelo Neto respondeu que conhece a laminaria apesar de ainda não ter empregado, assim como a diatermo-coagulação. Num dos doentes não empregou esta porque a cicatrização era muito lenta tendo preferido a dilatação elástica e não a cruenta.

**A RADIOTHERAPIA EM OTO - RHINO - LARYNGOLOGIA** — DR. ROXO NOBRE. — O A. informa serem de 30 o numero de casos passados por suas mãos no consultorio. Tece considerações em torno de diversos casos com os resultados terapeuticos. Relata ainda que todos os casos de localização labial, tiveram cura integral.

**Commentario :** O dr. Guedes de Mello pediu ao A. que lhe forneca dados sobre os 3 restantes canceres da larynge, pois tendo referido em sua casuística um numero de 4, apenas tratou de um.

O dr. Roxo Nobre disse que em um dos casos foi feito o trata-

mento de Cutart, não tendo o doente voltado ao tratamento. Um outro caso tratado com 7.100 R. ficou apenas um nódulo que ainda não cedeu. O outro caso de espino-cellular corneificado, localização extensa, veiu a falecer.<sup>1</sup>

O dr. Pagliuechi deseja dar um exemplo numérico, para tornar patente o valor da technique de Cutart e dirigindo-se á pedra, argumenta sobre a contribuição dos meios physicos e biologicos, concluindo para os physicos uma porcentagem de 20 e para os biologicos de 400.

O dr. Fortes perguntou se o tratamento de epitheliomas foi feito com o mesmo apparelho, pois a confecção da ampola do raio X pode variar de muito a irradiação, assim como a lampada imersa em óleo, sendo que até no proprio apparelho se pode dar uma variação no comprimento de onda da irradiação.

O dr. Plinio M. Barreto disse considerar o tratamento de Cutart exclusivamente individual, estando longe de se poder esquematizar. Acha de grande interesse os casos de epithelioma dos lábios, pois no estrangeiro, são empregadas agulhas de radio, permitindo assim a mediação além de ser um tratamento local. Entretanto, as tres observações do A. são deveras suficientes para demonstrar o valor real e prático desse método que está empregando.

O dr. Guedes de Mello informou que recentemente teve notícias dos resultados brilhantes da radiotherapy, num caso de lymphoma da amygdala. Tem notado que essa therapeutica está voltando novamente a despertar interesse entre nós. Felicitou o A. além de tudo, pela maneira como clamou pela necessidade dos poderes publicos, auxiliarem essa therapeutica.

O dr. Hartung disse considerar que os problemas economicos são

dos mais difficeis de serem resolvidos no sentido de se ampliar essa therapeutica, dado nossas condições actuaes de paiz pobre.

Referiu o dr. Roxo Nobre que estatisticas ainda não pode ter, por não dispor em seu serviço particular de grande tempo de

cura. Tambem não fez sempre applicações com filtro, empregando ás vezes os raios molles. Quanto ás modificações de onda do proprio apparelho, devem ter sido pequenas, pois não tem trabalhado com apparelho immerso em oleo.

### SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE MARÇO

Presidente : DR. OSCAR MONTEIRO DE BARROS

**DESCRIPÇÃO DO MACHO DE NYSSORINCHUS (MYZORINCHELLA) LUTZI. (CRUZ. 1901) — DR. ALBERTO DA SILVA RAMOS.** — O A. referiu que, tendo sido criado um serviço de Entomologia, na Inspectorio de Prophylaxis do Impaludismo, graças ao espirito esclarecido do dr. Arthur Costa, director do serviço, foi-lhe possível assignalar um anophelino que ainda não fora descripto, tendo fornecido todos os detalhes desse insecto, deten-

do-se particularmente na terminalia, orgão genital do referido insecto, illustrando sua comunicação com diapositivos.

**Commentario :** O dr. Oscar Monteiro de Barros agradeceu ao A. a sua interessante comunicação, cabendo ainda a esta Secção cumprimentar o dr. Arthur Costa por dispor de elementos tão competentes e cujo amor e dedicação ao estudo da entomologia bem se observou.

### SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE MARÇO

Presidente : DR. RUY DORIA

**RESULTADOS DA PNEUMOLYSE INTRA- PLEURAL NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PELO PNEUMOTHORAX — DRs. OCTAVIO NEBIAS, FLEURY DE OLIVEIRA E J. GRIECO.** — Citam os AA. estatisticas recentes de pneumothorax com adherencias e apresentam as suas, de 135 casos, com 83% de adherencias. Concluem que a operação de Jacobeus deve-se executar em todos os casos de pneumothorax.

**Commentarios :** Perguntou o dr. Dirceu Santos se os AA. não têm observado pela operação de Jacobeus a presença de symphyses da base se extendendo para as partes superiores, pois é isso que vem constatando em tres casos seus.

Referiu o dr. Fleury de Oliveira que nos casos apresentados nada tem observado até a presente data.

Disse o dr. Ruy Doria que os AA. devem conhecer os trabalhos

de Stall, onde esse A. concluiu pelo tempo de espera de tres e seis meses, devido a razões anatomo-pathologicas. Os AA. acharam possível se reduzir os pneumothorax, mas creem que as estatisticas não podem mudar tanto assim. Operando há pouco tempo um caso bilateral e em que foram seccionadas as duas adherencias, a cavidade que já era grande desceu para a base e a impressão radiologica dava como maior do que realmente era. A questão da reexpansão da base é de grande utilidade quando a mecanica do pulmão não está perturbada, podendo-se então conseguir a electividade do pneumothorax.

Accrescentou o dr. J. Grieco que nos casos citados tem tido algumas hemorrhagias mas tendo abandonado a diathermia, começaram a fazer uso de causticos e as hemorrhagicas actualmente têm sido banas.

# SYPHILIS



O mais moderno,  
mais espirilicida e  
mais toleravel dos  
arsenobenzões. Sa-  
tisfaz integralmente  
às exigencias de  
"standardização"  
da Comissão de  
Hygiene da Liga  
das Nações.

#### DOSES:

I - 0 gr. 15	V - 0 gr. 75
II - 0 gr. 30	VI - 0 gr. 90
III - 0 gr. 45	X - 1 gr. 50
IV - 0 gr. 60	XX - 3 grs.

#### EMBALAGENS:

Caixa de 1 e 10 ampolas de cada dose  
Caixa-série clínica: 12 ampolas (total, 5 grs. 70),  
para um tratamento completo.  
Caixa-série completa: 6 ampolas, doses I a VI.

CORRESPONDENCIA: **Rhodia** CAIXA POSTAL, 2916 - S. PAULO

# CHLORO-ANEMIA

APPROVAÇÃO da ACADEMIA de MEDICINA  
de PARIS

Exigir os Verdadeiros

## Pilulas e Xarope BLANCARD

de PARIS

Monard

Assignatura e Etiqueta verde.

POBREZA DO SANGUE - ESCROFULAS

## CAPOTAS ROYAL

as mais afamadas do Mundo

GARANTIA ABSOLUTA

Artigo de fabricação "Allemã"

Laminarias "Universal"

Catgut "Universal"

Drenos "Universal"

Seda "Universal"

são artigos de toda a  
confiança, pela sua  
cuidadosa mani-  
pulação.



RUA 11 DE AGOSTO, 66  
CAIXA POSTAL, 3581  
SÃO PAULO



O Catgut  
"Universal"

e suas VANTAGENS:

1.º não supura; 2.º neutrali-  
dade absoluta; 3.º uniformidade  
do seu fio; 4.º grande resistência;  
5.º vantagens em preço.

Damos toda a garantia, quanto à sua neutralidade  
absoluta, e demais vantagens, como acima referidas.

EXIJA-O AO SEU FORNECEDOR — DISTRIBUIDOR GERAL PARA O BRASIL :  
A. SERRÃO SAMPAIO

**NOVOS INSTRUMENTOS CIRURGICOS PARA THOROCOPLASTIA** — PROF. E. VASCONCELLOS. — O A. apresentou dois instrumentos para a thorocoplastia, que reduzem de duas horas para vinte minutos o tempo da operação, sendo o emprego da anesthesia geral indispensável; os dois instrumentos eram: um afastador e uma rugina. Vantagens do afastador: não molestar o auxiliar, não escapar por baixo do homoplasa, ser um instrumento leve e resistente, permitindo ao auxiliar o controle de sua força sem se cangar. Vantagens da rugina: facilitar o descollamento do perioste e lesar menos a pleura pelo fato de acompanhar a costella.

**Commentarios:** Disse o dr. Eduardo Etzel que em janeiro apresentou na mesma Secção um bisturi para a secção do perioste, de applicação sobretudo para as zonas bem anteriores das costellas, podendo fazer-se uma secção transversal sem perigo de agridir a cavidade pleural. Quanto ao afastador é muito interessante, mas em Jaçanã adoptaram uma technique diferente e resolvendo o problema com dois afastadores um de gancho que não traumatiza os músculos sub-escapulares, e um outro que facilita a resecção das costellas, expondo muito bem o ápice do pulmão. Tem utilizado a anesthesia local e opera a thorocoplastia

com apicolyse extra-fascial e levando sempre uma hora e meia. Aliás é o tempo que leva o A. do processo e nos cinco casos já operados nós não tivemos queda da pressão arterial.

Disse o dr. Ruy Doria que já teve occasião de discutir sobre a questão da anesthesia, pedindo licença para perguntar ao professor Vasconcellos se a anesthesia local não é um progresso da cirurgia pulmonar e se é melhor para a do estomago, porque não pode ser também empregada no pulmão. Tem tido casos de doentes operados de thorocoplastia com anesthesia local e os doentes saem da operação andando, sendo que a pressão arterial mantém-se inalterável.

O prof. Vasconcellos respondeu, dizendo que na anesthesia do estomago abandonou a local em troca da rachidiana, que reputa excelente. Tem operado muito com anesthesia local e geral, concluindo pelas vantagens da anesthesia geral.

O dr. Nestor Reis disse que não ha um criterio científico na escolha do processo anesthesico. Não pela incapacidade do cirurgião mas devido à falha de conhecimentos científicos, e seria interessante que o dr. Doria solicitasse do prof. Vasconcellos e do dr. Etzel uma estatística da melhor maneira de se escolher o anesthesico para este ou aquelle método.

#### SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GYNECOLOGIA, EM 1 DE ABRIL

Presidente: DR. A. GUIMARÃES FILHO

**TRATAMENTO DA INFECÇÃO PUERPERAL.** — DR. BENEDICTO TOLOSA. — O A. reuniu em seu trabalho as orientações mais lógicas e que menos mal fazem aos doentes; relata a opinião de varios AA. com as porcentagens sobre a presença de varios germens que exaltam a infecção puerperal, afóra o ostreptococo. Estuda depois varias modalidades de tratamento. Terminou propondo uma nova therapeutica que seria uma combina-

ção de oxygenio com qualquer outra substancia, mais ou menos nos moldes da therapeutica de Alvaro Ozorio de Almeida para o tratamento do cancer.

**Commentarios:** Disse o dr. José Medina que seria interessante saber-se qual o tratamento que o A. prefere no momento actual.

O dr. Edgard Braga disse que neste momento, cumprindo um dever de gratidão, procura exumar o dreno de Muchotte que

foi adoptado e divulgado pela escola de Fernando Magalhães. Quando interno da Maternidade de Laranjeiras, realizou para mais de 800 observações de endometrites após parto, curadas pelo emprego do dreno. Pensa que o dreno não traumatiza tanto a mucosa uterina, além do que soergue o utero cahido o que não faz a pituitrina que contrae mais o utero.

Refere o dr. O. de Araujo, que talvez o dreno deva ser reservado para as retenções determinadas por um vicio de posição e portanto não devemos generalizar o seu emprego como referiu o dr. Braga.

O dr. B. Tolosa acrescentou que os casos benignos se curam desde que o medico não agrave o estado geral da doente, ao passo que os casos graves devem ser limitados à enfermagem e solicitação do concurso do reticulo endothelio. Isso se obtém com qualquer antisепtico brando ou com o proprio carvão como se quer hoje. Condemnei o uso das curetagens porque são processos que dão solução de continuidade ao myometrio, permitindo a penetração de germens, assim como o uso das lavagens que podem ocasionar choques peritoneaes. Fernando Magalhães adoptou e divulgou o metodo de Muchotte mas é preciso lembrar que esse dreno tambem fere o utero e orgãos vizinhos. Como o emprego do mesmo nem sempre é feito por especialistas, poderá determinar, como consequencia, a queda do utero. Consegue-se evitar o uso desse dreno pelo emprego da pituitrina que não é assim tão inefficaz como pensa o dr. Braga.

O dr. Edgard Braga acha que se devem empregar todos os meios therapeuticos, desde o abcesso de fixação e em meus commentarios

— acrescentou — não quiz, como pareceu, generalizar o emprego do dreno de Muchotte.

O dr. A. Guimarães disse que nunca empregou o referido dreno e se elle foi feito para drenar, pensa que a pituitrina resolve muito bem o problema, sem tocar na cavidade uterina. Além de outras vantagens a pituitrina fecha os vasos sanguineos, diminue o numero de thrombos, impedindo assim a propagação do processo septicó. O dr. Tolosa trouxe-nos uma ideia nova, e seria interessante que experimentassem se o oxygenio tem de facto ação sobre os germens virulentos no puerperio. O soro antitoxico está sendo muito empregado nos Estados Unidos e creio que a soro-terapia ha de resolver o problema do puerperio, no dia em que tivermos estoques suficientes dos germens anaerobios causadores dessa infecção.

**CRITICA DA CIRURGIA DO CARCINOMA VULVAR.** — DR. JOSÉ MEDINA. — Referei o A. a orientação da Escola Vienense que consiste na vulvectomia e extirpação dos ganglios iliacos e inguinales. Em seu serviço já realizou cinco vulvectomias sem se preocuar com a toilette dos ganglios e nem por isso se registraram metastases, tendo beneficiado immensamente as doentes.

**Commentarios :** Dr. B. Tolosa: O estudo critico que fez o A., foi bastante interessante. Parece mesmo que a toilette ganglionar foi um exagero.

O dr. A. Guimarães agradeceu a apresentação dos trabalhos, acrescentando que todos aproveitaram na noite de hoje a lição que nos foi dada pelo dr. Medina e para o futuro iremos verificar em nossos doentes as noções relatadas pelo A.

**Cynarol - nas affecções hepáticas**

## Sociedade de Biologia de S. Paulo

SESSÃO DE 8 DE MARÇO

Presidente: DR. MAX BARROS ERHART

**ACÇÃO DO CAFÉ COM E SEM CAFEINA SOBRE O METABOLISMO BASAL** — DR. J. RIBEIRO DO VALLE. — O infuso de café conforme é preparado e usado no Brasil, na dose correspondente a 2 mgrs. de cafeína por k, eleva o metabolismo basal em todos os 6 casos estudados. As determinações foram feitas pelo método gráfico com aparelho de Benedict-Roth e o cálculo baseado no padrão Aub-Du Bais. Encontrado o M. B. normal novas determinações eram feitas de 30' em 30' ou de hora em hora até 1 h. e 30' ou 2 h., após a ingestão de um infuso de café contendo 0,18% de cafeína e adocado com sacarina. A média de elevação do M. B. no fim de 2 h. foi de 6,5%. Não se observou na dose acima indicada alteração apreciável do pulso e da temperatura. Em 5 casos houve aumento da pressão arterial (4 a 6 mm. de Hg.). Em 2 casos o exame repetido nas mesmas condições com infuso de café sem cafeína. Num houve aumento insignificante e noutro abaixamento do M. B. Estas experiências concordam com as de MEYER, HORST e coll, todavia se requer um maior número de experiências para conclusões definitivas.

**INFORMAÇÕES SOBRE ALGUNS PULICIDEOS DE MURIDEOS DE CURITYBA** — DR. OVIDIO UNTI. — O A. faz uma ligeira estatística dos sifonapteros encontrados nos mürideos (Gênero *Epimys*) na cidade de Curityba, durante o ano de 1936. O índice das pulgas colhidas é de 9,1, notando-se uma notável proporção de *Xenopsylla cheopis* em relação às demais espécies que parasitam os ratos. Mais uma vez constatou-se a presença do *Ctenocephalides canis* no território nacional.

**NOTAS SOBRE STREBLIDAE (DIPTERA) COM A DESCRIÇÃO DE UM NOVO GÊNERO E DUAS NOVAS ESPECIES** — DR. SAMUEL B. PESSOA e L. R. GUIMARÃES. — Nota I. Os AA. fazem algumas considerações sobre as antenas dos Streblidae mostrando que os processos da arista de várias espécies desta família (*Euctenodes mirabilis* e *tonatae*, *Paraectenodes longipes* n. g. e n. sp. e *Trichobius angesi*) não são simplesmente ramificados como em *Strebla vespertilionis* e como tem sido admitido por vários autores que até agora estudaram os grupos. Taes processos são simples e podem se apresentar espatulados. Outras vezes se alargam extraordinariamente na porção apical em forma triangular e em leque.

Nota II. Os AA. descrevem um novo gênero e duas espécies novas da família Streblidae. *Paraectenodes* n. gen. Este novo gênero se diferencia do gênero *Strebla* por possuir os palpos com superfície ventral em placas chítinosas e pela ausência das escamas ramiformes, e do gênero *Euctenodes* por ter a nervura transversa anterior localizada antes do meio da aza e as patas posteriores com duas vezes o comprimento da anterior. *Paraectenodes longipes* n. sp. Única espécie do gênero. Holotipo O do Lonchoglossa ecaudata Wied, S. Paulo, J. Lima col. 1935. Alotipo O do *Phyllostomus hastatus*, S. Paulo, P. Sawaya col. 1936. *Aspidoptera clovisi* n. sp. Esta espécie difere dos restantes descritos no mesmo gênero pelo forte desenvolvimento do occiput, forma da sutura longitudinal, que se origina em dois ramos que se fendem no terço anterior da mesma e por apresentar 6 cerdas es-

cutelares. Holotypo O em *Ansera geoffroyi* Gray, S. Paulo, J. Lima col., alotypo O em morcego não determinado, Mogy Mirim Clovis Correia leg. 1926.

Nota III. Esta nota é sobre o genero *Speiseria* e *Paratrichobius*. Referindo-se a estes generos, CURRAN diz que *Speiseria* Kessel deverá ser collocada como synonimo de *Paratrichobius*.

**bius** Costa Lima, pois nunca foram encontrados machos pertencentes ao genero *Speiseria*, nem femeas pertencentes a *Paratrichobius*. Nas collecções dos AA., entretanto, existem 2 machos de *Speiseria ambigua* e varios machos e femeas de *Paratrichobius longierus*, ficando assim bem evidenciada a validez dos dois generos.

#### SESSÃO DE 8 DE ABRIL

Presidente: DR. MAX BARROS ERHART

**O VIRUS ISOLADO DOS DOENTES DE FEBRE AMARELLA SYLVESTRE QUE ORA SE OBSERVA EM S. PAULO** — (Nota prévia) — DR. LUCAS DE ASSUMPÇÃO. — O A. inicia o seu trabalho declarando que vae relatar, em nota prévia, as pesquisas que está fazendo, no Instituto de Hygiene, sobre o isolamento do virus da febre amarella sylvestre. Comenta as diferenças entre a febre amarella sylvestre que se observa geralmente no interior das mattas ou em suas proximidades, sem ocurso do *Aedes aegypti*, e a febre amarella urbana e mesmo rural transmittida por esse *Stegomyia*. Passa em seguida a estudar os processos de isolamento e identificação do virus da febre amarella. Cita as suas experiencias nesse sentido com os sanguess en-

viados pelo "Serviço especial de defesa contra a febre amarella" do Serviço Sanitário do Estado, mostrando todas as fichas e protocollos, e discutindo todos elles. Dos 12 sanguess recebidos, todos provenientes de doentes clinicamente suspeitos de febre amarella, das zonas em surto epidemico, poude constatar a presença de virus em 5. Destes, dois foram abandonados após algumas passagens em camondongos, conservando tres fontes em estado seco: P. B. de Rocinha, P. A. de Parnahyba e E. S. de Salto. A fonte P. B. de Rocinha está sendo tambem mantida em camondongos, já se encontrando na 8.ª passagem.

**ETIOLOGIA DO FOGO SELVAGEM.** — DR. ADOLPHO LINDENBERG (\*).

#### SESSÃO DE 8 DE MAIO

Presidente: DR. MAX BARROS ERHART

**MUDANÇA DE COR DE UMA SOLUÇÃO IODO- IODURADA QUANDO EM PRESENÇA DE ORGÃOS CONSIDERADOS COMO TENDO UM PODER ANTI-BLASTICO OU PRO-BLASTICO** (Nota prévia) — DR. C. BOTELHO JUNIOR. — Nestes ultimos annos tem crescido muito de importancia a noção da existencia de um poder anti-blastic (anti-cancerigeno) ou pro-blastic (cancerigeno) parti-

culares a determinados órgãos. Segundo os mais recentes trabalhos consideram-se como anti-blastic os seguintes: cerebro, thymus, baço, medulla ossea, mucosa gastrica e como pro-blasticos o figado, o pancreas e a mucosa intestinal. A verificação das propriedades blasticas antagonistas dos diferentes órgãos foi experimentalmente determinada seja pela ingestão ou por injeção de extractos acetonicos ou ethe-

(\*) O resumo foi publicado em nosso n.º de Junho de 1937, pag. 563.

reos desses orgãos. Recentemente o A., tendo reemprendido uma serie de experiencias que realizara ha tempos atraç, consistindo no estudo da accão de uma solução iodo-iodurada sobre as albuminas de diferentes orgãos de animaes de laboratorio, verificou que havia no fim de certo tempo uma descoloração do reactivo iodo-iodurado, muito acentuada para certos orgãos e nenhuma ou pouca para outros. Tendo tido occasião de repetir por varias vezes as suas experiencias acima, notou o A. que eram justamente os orgãos considerados como pro-blasticos que não exerciam influencia sobre a cõr primitiva do reactivo iodado e que eram os orgãos anti-blasticos, que tinham a propriedade de mudar a cõr inicial do reactivo, para cõr amarelo citrino. As experiencias foram feitas em grande numero de orgãos de diferentes animaes (boi, cabra, coelho, camundongo) que confirmara mas propriedades colorimetricas diferenças entre as duas cathegorias de orgãos blasticamente antagonicos.

A technica empregada foi a seguinte: depositar no fundo de um tubo de ensaio 3 grs. do orgão a estudar, o mais fresco possivel, juntar 30 cc. de uma solução iodo-iodurada da formula seguinte: Iodo bi-sublimado 2 grs. Iodeto de sodio 4 grs. Agua physiologica a 7,5% 500 cc. Fechar o tubo a lampada e ler os resultados depois de 24 horas. Não foi dado ainda uma explicação sobre o mecanismo chimico ou physico-chimico do phenomeno. Trata-se de uma fixação mais electiva de certos orgãos para com o iodo ou de uma oxydo-reduçção ou ainda de um phenomeno de adsorção? A regularidade que o A. obteve na reprodução da accão colorimetrica diferencial do reactivo iodo-iodurado para com os orgãos pro-blasticos e anti-blasticos encorajou-o a tornal-o conhecido.

#### PROVA DE PROTECÇÃO INTRA-CÉREBRAL EM CAMON- DONGO COM O VIRUS ISOLA-

**DO EM S. PAULO DE UM CASO DE FEBRE AMARELLA SYLVESTRE** — DR. LUCAS DE ASSUMPÇÃO. — Foram feitas duas provas de protecção intra-cerebral em camundongos, pelo processo de MAX THEILER de acordo com a sua technica apresentada em 1933: uma, empregando o "virus neurotropico" denominado "raça francesa", isolado em Dakar por SELLARD de um doente de febre amarella; outra, com o virus isolado pelo A. em S. Paulo de um caso de febre amarella sylvestre da ultima epidemia. As duas provas foram feitas com os mesmos sôros, fornecidos pela Fundação Rockefeller, que os usa como sôros testemunhas nas suas provas de protecção intraperitoneas: I. P. 113, mistura de sôros imunes de convalescentes de febre amarella e de vaccinados com provas de protecção positivas; N. P. 110, mistura de sôros normaes negativos nessas provas. Cada prova foi feita com sete Grupos de 5 camundongos. O virus africano foi fornecido ao A. em estado secco pela Fundação Rockefeller, com a indicação F. 505, a seccagem foi feita nos seus laboratorios da Bahia, em 4 de Dezembro de 1936. Foi aberto um tubo desse virus em 5. v. 1937. Os cerebros dos camundongos da quarta passagem intra-cerebral do virus desse tubo serviram para uma das provas.

A outra prova foi feita com cerebros de camundongos infectados com o virus isolado pelo A. de um caso de febre amarella sylvestre em 15.<sup>a</sup> passagem a contar do seu isolamento. As provas deram resultados iguaes com os dois virus. Nas provas com sôro normal o resultado foi o seguinte: com a raça neurotropica, africana, morreram todos os camundongos inoculados com o virus nas diluições feitas (1/100, 1/1000, 1/10.000, 1/100.000); com o virus sylvestre, isolado em S. Paulo, o resultado praticamente foi o mesmo, pois só na diluição do virus a 1/1000.000 escapou um camundongo dos cinco inoculados. As provas com sôro immune fo-

ram feitas com o vírus nas diluições de 1/100, 1/1.000 e 1/10.000. Em todas essas diluições e com os dois vírus africano e o sylvester isolado em S. Paulo, as provas de proteção foram igualmente positivas, só tendo morrido um camundongo no 11.<sup>o</sup> dia, do grupo inoculado com sôro immune mais vírus africano a 1/100. Os dois vírus até a diluição de 1/10.000, ultima experimentada, mostraram-se de virulência aproximadamente igual. Todos os camundongos morreram do 5.<sup>o</sup> ao 10.<sup>o</sup> dia, portanto, no melhor espaço de tempo estabelecido para essas provas. Nessas provas pode ser observado o seguinte: a) com o vírus sylvester (15.<sup>a</sup> passagem) é maior o período de incubação, apresentando-se os camundongos doentes no 5.<sup>o</sup> dia com o vírus diluído a 1/100, ao passo que, com vírus africano neurotropico (503 passagens) em diluição idêntica, já se apresentam dois camundongos suspeitos no 3.<sup>o</sup> e quatro doentes no 4.<sup>o</sup> dia; b) quanto mais diluído o vírus, maior período de incubação; c) com o vírus africano os camundongos morreram após dois a três dias de doença, ao passo que, com o sylvester, alguns após quatro a cinco dias; d) com a raça africana os camundongos inoculados com menores quantidades de vírus morrem após menos dias de doença, ao passo que, com o vírus sylvester em 15.<sup>a</sup> passagem este último facto não pode ser observado. As pequenas diferenças no comportamento desses vírus nos camundongos, segundo o A., devem correr por conta do número desigual de passagens entre esses dois vírus no cérebro de camundongos. O vírus neurotropico de febre amarela, isolado em Dakar (raça francesa), e o vírus isolado pelo A. de um caso de febre amarela sylvester, em S. Paulo, nas provas apresentadas mostram identidade immunologica.

**TEST RAPIDO PARA HORMONIO TESTICULAR, BASEADO NA PRESENÇA DE MITOSES NA MUCOSA DAS VE-**

**SICULAS SEMINAES E DE PROSTATA** — DR. THALES MARTINS. — O primeiro efeito do hormonio masculino é promover a multiplicação celular no epitelio daquelas glandulas. Todavia, sendo a caryocinese um processo muito rapido, raras são as cellulas surprehendidas em mitose. Para evidenciar-as, injeta-se nas mucosas, depois do hormonio, o alcaloide colchicina. Esta substancia tem a propriedade de suspender todas as mitoses em metaphase, de modo que as figuras caryocineticas se acumulam em grande numero, tornando o test muito nitido. A duração total do test é de 15 a 24 horas.

**TEST PARA A PROLACTINA BASEADO EM "FROTTIS" DA MUCOSA DO PAPO DE POMBO** — DR. J. RIBEIRO DO VALLE. — Em nota anterior o A. propôz o emprego de pombos e de borrazhos com fistula do papo para o ensaio qualitativo da prolactina. Nesta comunicação preconiza o frottis através da fistula com o intuito de procurar os granulos de gordura nas cellulas do epithelio dos engluvios retiradas pela alça. Laminas fixadas em formalina a 10%. Coloração pelo Sudan III. Coloração de fundo pelo azul de methyla. O encontro de granulos sudanofílos dentro do protoplasma indica test positivo, isto é, a existencia de prolactina no material ensaiado, injetado na parede mesma do papo conforme o processo preconizado por LYONS. O test proposto é mais sensivel e mais objectivo que a simples inspecção da mucosa do papo.

**SOBRE A POSIÇÃO SISTEMATICA DE ANOPHELES GILESI** Neiva, 1908 — DRs. JOHN LANE e A. AYROSA GALVÃO. — Os AA. redescrivem a terminália de *Anopheles gilesi* Neiva, 1908, dão na integra a descrição original da fêmea feita por NEIVA em PERYASSU "Os culicídeos do Brasil" e aditam a ella algumas observações. Com estes

dados a mão: marcação da aza, com mais de 4 manchas brancas na costa e terminalia com 1 só espinho basal e 2 parabases — julgam dever collocar o *Anopheles gilesi* no sub genero *Nyssorhynchus*, grupo *Myssorhynchella*.

**NOTA SOBRE OS NYSSORHYNCHUS DE S. PAULO. OBSERVAÇÕES SOBRE A MORFOLOGIA E BIOLOGIA DOS OVOS DE ALGUMAS ESPECIES DESTE GRUPO —** Drs. A. AYROSA GALVÃO e JOHN LANE. — Os AA. descrevem os ovos de *Anopheles (Nyssorhynchus*

*pessoai* Galvão e Lane, 1936, que são muito semelhantes aos de *Anopheles (Nyssorhynchus) albitalaris* L. Arribalzaga, 1878 provenientes dos arredores de S. Paulo, deferindo delles por ter tamanho menor e comprimento relativo dos fluctuadores que é maior. Relatam uma experiência preliminar para observar a resistência dos ovos de *Anopheles (Nyssorhynchus) strobli* a dessicção, verificando apenas uma pequena porcentagem de eclosões em ovos mantidos 10 dias em atmosfera com pequeno grau de humidade.

## Sociedade Paulista de Leprologia

SESSÃO DE 12 DE JUNHO

Presidente: Dr. ARGEMIRO RODRIGUES DE SOUZA

**AMENORRHEA LEPROTICA —** Dr. TUPY PEREIRA CASSIANO. — O A. mostrou que a lepra, commummente, altera a menopausa no sentido de sua precocidade. Diz que a lepra pode determinar tanto a amenorréa primitiva como a secundaria. Quanto ao tratamento, indica a therapeutica geral anti-leprotica a base de chaulmoogra mais a hormoniotherapia em doses massicas.

**INFECÇÕES INTRA-ARTERIAES DE VACCINAS NO TRATAMENTO DO MAL PERFUDO**

RANTE (Nota prévia) — DR. RENATO BRAGA. — O A. leu suas observações em numero de 10, ilustrando-as com a projecção de photographias, comprovantes dos optimos resultados obtidos com o emprego da vacinação anti-piogénica pela via intra-arterial.

**APRESENTAÇÃO DE UM CASO DE LEPRO MIXTA COM EVOLUÇÃO TUBERCULOIDE —** Dr. ARGEMIRO RODRIGUES DE SOUZA. — O A. mostrou um caso de lepra mixta, que apresentou manchas cujo exame histopatologico denunciou a sua estructura tuberculoide.

## Sociedade de Urologia

SESSÃO DE 14 DE JUNHO

Presidente: Dr. ATHAYDE PEREIRA

**SYphilis e CHYLURIA —** Dr. GERALDO VICENTE DE AZEVEDO. — O autor se refere ao facto de, nos doentes portadores de chyluria, em nosso meio, não se ter encontrado filarias. Em 4 casos pessoas jamais verificou a presença da filariose. Refere-se aos trabalhos de Belmiro Valverde, que chamou a attenção para

a relação entre chyluria e syphilis. Relata uma observação pessoal de uma doente portadora de chyluria e hematuria: a cystoscopia permitiu identificar uma lesão em forma de mancha vermelho-escura e de aspecto edematoso em um dos cantos da bexiga, em contraste com o aspecto, normal da mucosa da porção res-

tante. A cystographia com néo-iodipina fez desaparecer a lesão vesical, mas o cateterismo demonstrou chyluria dependente do rim esquerdo. Foram tentadas, sem resultado, instilações de neo-iodipina no bacinete. Após re-activação pela auto-hemoterapia, verificou-se apositividade da reacção de Wasserman. O tratamento anti-luetico pelo Solu-salvarsan fez rápida e surpreendentemente desaparecer a chyluria. A doente, controlada após mais de 1 anno, apresenta-se curada de sua chyluria. Em seguida discute a pathogenia da chyluria e a sua ethiologia. Chama a atenção que os autores em geral não citam a syphilis como causa ethiologica da chyluria, causa esta pela primeira vez sustentada por Valverde, referindo-se ainda ao phenomeno interessante do fechamento da fistula lymphatica da bexiga e reabertura no bacinete, como observou no caso relatado, talvez dependente de hipertensão dos chyliferos.

**KYSTO SEROSO SOLITARIO DO RIM** — DR. JOSÉ MARTINS COSTA. — A proposito de uma observação pessoal, tece comentários em torno desta rara affecção. Cita o trabalho de Lindenfeld, que, pesquisando a literatura, encontrou, apenas 240 casos assignalados até 1934. Discute a ethiologia e prefere a de Gruber e Lichtenberg, que considera como sendo de origem congenita. Não admite a hypothese de que seja uma neoplasia kystica, se bem que possa degenerar para neoplasia maligna. A localização mais frequente é o polo inferior do rim. Chama a atenção para não se confundir com os kystos pararenas. Discute depois a symptomatologia e o diagnostico, mostrando a grande dificuldade de se estabelecer, em muitos casos, o diagnostico diferencial com tumores malignos do rim, apesar dos methodos modernos de propedeutica urologica. Relata uma observação pessoal em que o paciente, do sexo masculino, de cerca de 50 annos, era portador de

colica no hyppocondrio direito, hematurias totaes e polachyluria. O exame clinico revelou, além de uma annexite chronica, aumento do volume do rim direito, leucocytos e hematios na urina, recolhidos do rim direito. A urographia excretora mostrou amputação do calice inferior do rim direito, o que veiu reforçar a suspeita clinica de tumor maligno do rim. Foi só no acto operatorio que se verificou tratar-se de um kysto seroso do polo inferior do rim. A conducta radical (nephrectomia) encontra justificativa no diagnostico pre-operatorio de neoplasia, ditado pela symptomatologia clinica e radiographica. Do contrario teria adoptado uma conducta conservadora.

**"FISTULA URETO-RECTAL"** — DR. ORLANDO PINTO DE SOUZA. — Apresenta uma interessante observação, principalmente pela dificuldade do tratamento, de um internado no pavilhão "Fernandinho", da Santa Casa. Esse doente, menino de 9 annos de edade, soffrera serio accidente, tendo as rodas de uma carroça passado por sobre a pelvis. Na occasião accusou fortes dores e hematuria. Desde então verificou que a urina toda era expulsa pelo recto. Ao examinar o paciente, já decorrida algum tempo do accidente, verificou um estreitamento intransponivel da uretra, e pelo toque rectal percebeu uma depressão que provavelmente correspondia á fistula vesico-rectal. Não havia nenhum signal radiographico de fractura antiga da pelvis, como tambem não se verificou nenhuma cicatriz no perineu. O paciente só apresentou no serviço symptomata de cystite e retensão aguda de urina. A cystoscopia foi realizada e as urinas em um mez tornaram-se claras. Baseado na opinião de Young, resolveu operar o paciente, tendo realizado a mesma technique, tendo, porém, abaixado apenas a porção anterior do recto, pois, assim, cumpria o principio daquelle autor, de se pôr frente ao trajecto fistuloso da

A moderna vaccinotherapy não deve  
produzir choque febril

*As*  
**"Vaccinas Curativas Lancisi"**

*são isentas de choque colloidoclasico*

**"VACCINA LANCISI  
ANTIPYOGENA POLYVALENTE"**

**NOVA CONFECÇÃO :**

**Caixa de 5 amp. de 2 cc.  
de dose unica**

Injectaveis por via hypodermica, intramuscular,  
endovenosa ou pelvica

*Outras variedades:*

**GONOCOCCICA NORMAL**

**GONOCOCCICA FORTE**

**ANTITYPHOIDE POLYVALENTE**

**ESTREPTOCOCCICA**

**ESTAPHYLOCOCCICA**

*Em caixas de 12 amp. de 1 cc. em doses progressivas*

**Vicente Amato Sobrinho & Cia.**

*Praça da Sé, 20 — Caixa Postal 2438 — Tel. 2-2822 — São Paulo  
Filial : Rua Ramalho Ortigão, 9 — Tel. 22-6506 — Rio de Janeiro*

*Leiam a*

## **REVISTA DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA**

*Ella encerra toda a  
actividade científica da  
Associação Paulista  
de Medicina*

★

**Desejando recebel-a**

*escreva para :*  
**Caixa Postal, 2103**  
**S. Paulo-Brasil**

## **LABORATORIO DE ANALYSES**

Rua Barão de Itapetininga, 120  
Sala, 415 - Telephone, 4-5753  
S. Paulo

*Anatomia Pathologica*  
**Dr. M. J. C. MONTEIRO  
DE BARROS NETTO**

*Analyses Clinicas*  
**Dr. SYLVIO COSTA  
BOOCK**

## **Lutz, Ferrando & Cia. Ltda.**

RIO DE JANEIRO — SÃO PAULO

Rua Direita, 5 - Phone, 2-4998 - São Paulo



### **CIRURGIA :**

*Moveis asepticos, Salas de operações e esterilisações.  
Instrumental cirurgico.  
Montagem completa para Hospitaes e Casas de Saude.*

### **CHIMICA :**

*Microscopia, Bacteriologia, Physica, Historia Natural.  
Corantes e Reagentes para Laboratorios.  
Material de Leitz.*

### **ELECTRICIDADE :**

*Instalações completas de apparelhos de Raios X.  
lectricidade medica, Diathermia, Ultra-violeta.  
Infra-vermelho.*

mucosa san. Como havia obstrução completa da urethra, ressecou a porção fibrosa e restabeleceu a continuidade por anastomose termino-terminal da urethra. Não podendo obter um afrontamento perfeito das extremidades, baseado

ainda em Young e na sua experiência de alguns casos, deixou um cateter, de permanencia, sem atingir a bexiga. Posteriormente foram feitas dilatações da urethra e o paciente, revisto 2 annos após, encontra-se perfeitamente curado.

## LITERATURA MEDICA

### Livros recebidos

**"Curriculum Vitae"** — ALVARO LEMOS TORRES, São Paulo, 1937.

A leitura do "Curriculum Vitae" apresentado pelo dr. Alvaro de Lemos Torres à Comissão Julgadora para revalidação do seu título de livre docente de clínica médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo leva-me a fazer reparos e comentários que me parecem oportunos, notadamente nesta hora em que mais se está cogitando do ensino superior. Em todos os países não é a prova pública a que mais prevalece na escolha de candidatos para a livre docência ou para o preenchimento, definitivo, de cathedras vagas, embora o livre docente seja considerado tão professor quanto o titular efectivo de uma cadeira. E que o exito, nessa velha fórmula de concurso, depende, na maioria das vezes mais do sangue frio, da calma e da desenvoltura do concorrente do que dos seus próprios conhecimentos da matéria. Não de raro, homens de largo e reconhecido saber são fragorosamente vencidos por outros de preparo superficial, mas desenvolto e manejadores faceis da palavra falada e da palavra escrita. O que prevalece, pois, nos centros de estudo mais rigorosos do que os nossos, é o concurso de título e de trabalhos exhibidos pelos candidatos. Uns e outros, são cuidadosamente examinados por uma comissão previamente designada que os analisa e discute longe da vista do candidato cuja presença pode, não poucas vezes exercer influencia sobre algum dos seus juízes. Após

esse exame frio e minucioso, os julgadores, que são sempre homens de responsabilidade profissional, lavram seu laudo que sabem ficar sujeito à critica dos demais colegas de congregação. O simples facto de saber-se que tal parecer poderá vir a ser lido por outros mestres e a certeza de que o candidato, considerando-o omissio, se a omissão lhe é prejudicial, ou imperfeito, poderá vir discutilo e assim, reclamar novo pronunciamento, leva a Comissão a apresentar trabalho minuciosa e scientificamente elaborado e em condições de poder resistir às críticas mais severas. Entre nós, ao contrario, títulos e trabalhos são tomados em linha de conta tão sómente para melhorar algumas notas, mas sobre o seu valor não se emitem, como se deveriam emitir, opiniões firmes e seriamente fundamentaes. Os pareceres que se apresentam mais se parecem aos méros e burocráticos despachos através dos quaes se concedem ou se denegam quinze dias de licença ou de ferias. Em rigor estes são mais estudados de vez que, quando nada, a autoridade que os exara é forçada à citação de determinados dispositivos legaes para justificar a concessão ou a denegação da licença ou das ferias...

O dr. Lemos Torres é o cardiologista illustre, o mestre de clínica médica que S. Paulo e o Brasil scientificos de ha longos annos conhecem vantajosamente. Bastará dizer-se que ainda ha pouco se apresentaram em concurso, disputando a livre docência na

tante. A cystographia com néo-iodipina fez desaparecer a lesão vesical, mas o cateterismo demonstrou chyluria dependente do rim esquerdo. Foram tentadas, sem resultado, instilações de neo-iodipina no bacinete. Após reactivação pela auto-hemoterapia, verificou-se a positividade da reacção de Wasserman. O tratamento anti-luetico pelo Solu-salvarsan fez rápida e surpreendentemente desaparecer a chyluria. A doente, controlada após mais de 1 anno, apresenta-se curada de sua chyluria. Em seguida discute a pathogenia da chyluria e a sua ethiologia. Chama a atenção que os autores em geral não citam a syphilis como causa ethiologica da chyluria, causa esta pela primeira vez sustentada por Valverde, referindo-se ainda ao phemoneno interessante do fechamento da fistula lymphatica da bexiga e reabertura no bacinete, como observou no caso relatado, talvez dependente de hipertensão dos chyliferos.

**KYSTO SEROSO SOLITARIO DO RIM** — DR. JOSÉ MARTINS COSTA. — A propósito de uma observação pessoal, tece comentários em torno desta rara affecção. Cita o trabalho de Lindenfeld, que, pesquisando a literatura, encontrou, apenas 240 casos assignalados até 1934. Discute a ethiologia e prefere a de Gruber e Lichtenberg, que considera como sendo de origem congenita. Não admite a hypothese de que seja uma neoplasia kystica, se bem que possa degenerar para neoplasia maligna. A localização mais frequente é o polo inferior do rim. Chama a atenção para não se confundir com os kystos pararenas. Discute depois a symptomatologia e o diagnostico, mostrando a grande dificuldade de se estabelecer, em muitos casos, o diagnostico diferencial com tumores malignos do rim, apesar dos methodos modernos de propedeutica urologica. Relata uma observação pessoal em que o paciente, do sexo masculino, de cerca de 50 annos, era portador de

colica no hyppocondrio direito, hematurias totaes e polachyluria. O exame clinico revelou, além de uma annexite chronica, aumento do volume do rim direito, leucocytos e hematos na urina, recolhidos do rim direito. A urografia excretora mostrou amputação do calice inferior do rim direito, o que veiu reforçar a suspeita clinica de tumor maligno do rim. Foi só no acto operatorio que se verificou tratar-se de um kysto seroso do polo inferior do rim. A conducta radical (nephrectomia) encontra justificativa no diagnostico pre-operatorio de neoplasia, ditado pela symptomatologia clinica e radiographica. Do contrario teria adoptado uma conducta conservadora.

**"FISTULA URETO-RECTAL"** — DR. ORLANDO PINTO DE SOUZA. — Apresenta uma interessante observação, principalmente pela dificuldade do tratamento, de um internado no pavilhão "Fernandinho", da Santa Casa. Esse doente, menino de 9 annos de idade, sofrera serio accidente, tendo as rodas de uma carroça passado por sobre a pelvis. Na occasião accusou fortes dores e hematuria. Desde então verificou que a urina toda era expulsa pelo recto. Ao examinar o paciente, já decorrera algum tempo do accidente, verificou um estreitamento intransponivel da uretra, e pelo toque rectal percebeu uma depressão que provavelmente correspondia à fistula vesico-rectal. Não havia nenhum signal radiographico de fractura antiga da pelvis, como tambem não se verificou nenhuma cicatriz no perineu. O paciente só apresentou no serviço symptomata de cystite e retensão aguda de urina. A cystoscopia foi realizada e as urinas em um mez tornaram-se claras. Baseado na opinião de Young, resolveu operar o paciente, tendo realizado a mesma technique, tendo, porém, abaixado apenas a porção anterior do recto, pois, assim, cumpria o principio daquelle autor, de se pôr frente ao trajecto fistuloso da

mucosa san. Como havia obstrução completa da uretra, ressecou a porção fibrosa e restabeleceu a continuidade por anastomose tremino-terminal da uretra. Não podendo obter um afrontamento perfeito das extremidades, baseado

ainda em Young e na sua experiência de alguns casos, deixou um cateter, de permanência, sem atingir a bexiga. Posteriormente foram feitas dilatações da uretra e o paciente, revisto 2 anos após, encontra-se perfeitamente curado.

## LITERATURA MEDICA

### Livros recebidos

**"Curriculum Vitae"** — ALVARO LEMOS TORRES, São Paulo, 1937.

A leitura do "Curriculum Vitae" apresentado pelo dr. Alvaro de Lemos Torres à Comissão Julgadora para revalidação do seu título de livre docente de clínica médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo leva-me a fazer reparos e comentários que me parecem oportunos, notadamente nesta hora em que mais se está cogitando do ensino superior. Em todos os países não é a prova pública a que mais prevalece na escolha de candidatos para a livre docência ou para o preenchimento, definitivo, de cathedras vagas, embora o livre docente seja considerado tão professor quanto o titular efectivo de uma cadeira. E' que o exito, nessa velha forma de concurso, depende, na maioria das vezes mais do sangue frio, da calma e da desenvoltura do concorrente do que dos seus próprios conhecimentos da matéria. Não de raro, homens de largo e reconhecido saber são fragorosamente vencidos por outros de preparo superficial, mas desenvoltos e manejadores facéis da palavra falada e da palavra escrita. O que prevalece, pois, nos centros de estudo mais rigorosos do que os nossos, é o concurso de título e de trabalhos exhibidos pelos candidatos. Uns e outros, são cuidadosamente examinados por uma comissão previamente designada que os analisa e discute longe da vista do candidato cuja presença pode, não poucas vezes exercer influencia sobre algum dos seus juizes. Após

esse exame frio e minucioso, os julgadores, que são sempre homens de responsabilidade professoral, lavram seu laudo que sabem ficar sujeito à critica dos demais colegas de congregação. O simples facto de saber-se que tal parecer poderá vir a ser lido por outros mestres e a certeza de que o candidato, considerando-o omisso, se a omissão lhe é prejudicial, ou imperfeito, poderá vir a discutí-lo e assim, reclamar novo pronunciamento, leva a Comissão a apresentar trabalho minuciosa e scientificamente elaborado e em condições de poder resistir às criticas mais severas. Entre nós, ao contrario, titulos e trabalhos são tomados em linha de conta tão sómente para melhorar algumas notas, mas sobre o seu valor não se emittem, como se deveriam emitir, opiniões firmes e seriamente fundamentaes. Os pareceres que se apresentam mais se parecem aos méros e burocraticos despachos através dos quaes se concedem ou se denegam quinze dias de licença ou de ferias. Em rigor estes são mais estudados de vez que, quando nada, a autoridade que os exara é forçada à citação de determinados dispositivos legaes para justificar a concessão ou a denegação da licença ou das ferias...

O dr. Lemos Torres é o cardiologista illustre, o mestre de clínica medica que S. Paulo e o Brasil scientificos de ha longos annos conhecem vantajosamente. Bastará dizer-se que ainda ha pouco se apresentaram em concurso, disputando a livre docencia na

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, cinco médicos e que desses, quatro foram seus discípulos e todos aprovados com distintas notas. Essa, a melhor prova a atestar sua capacidade didática. Mas nem todos conhecem o dr. Lemos Torres na intimidade como eu o conheço e como o seu "Curriculum Vitae" agora, em largos traços, o apresenta. Perseverante e rigoroso no estudo, indiferente à vida alheia, inimigo de panelinhas e de reclamo, justo, equilibrado, igual opinião firme e corajosa, coragem raciocinada, que é a verdadeira coragem, amigo intransigente da verdade, caminhando sózinho, sem apoios estranhos, para a frente desde os tempos de aluno de curso primário. Honesto e proibidoso a sua ascensão na carreira a que se dedicou é produto exclusivo de seu esforço, do seu incansável e ininterrupto trabalho. Consciente de seu próprio valor, em 1913, ao ser criada a Faculdade de Medicina, procurou, sem "pistolões" Arnaldo Vieira de Carvalho, manifestando-lhe, tranquilamente, o desejo de ingressar no corpo docente do novo estabelecimento de ensino superior, confiado à sua esclarecida direção. Com a franqueza que o caracterizava respondeu-lhe Arnaldo: "procure os laboratórios trabalhos e mostre que é capaz." Estas poucas palavras teriam arrefecido o entusiasmo do mais audacioso dos candidatos a professor. Lemos Torres, entretanto, não desanimou. Ao contrário: deu, logo, a Arnaldo provas exuberantes de sua capacidade. No "Curriculum" aparecem, a esse respeito, atestados valiosos como os de Celestino Bourroul de Heberfeld e do grande e saudoso professor Alfonso Bovero — documento o desse incomparável mestre que, partindo de onde partiu e vasado nos termos em que foi vasado vale por uma cathedra. Tais documentos fazem ressaltar que o distinto cardiologista durante dois anos a fio sem remuneração, deu à Faculdade tempo integral, publicou trabalhos de

pesquisas científicas e auxiliou o ensino, com rara eficiência. Provou sua capacidade. A outros porém entrados com elle ou depois dele, coube a cathedra ambicionada... Seria para desanistar. Mas Lemos Torres não é dos que se deixam dominar pelo desânimo. Tratou, pois, de subir entrando pela porta larga do hoje considerado falsoísmo concurso de provas públicas. Vago o cargo de professor substituto da oitava secção, requereu ao governo numa petição que é um modelo de lógica e de dignidade científica, abertura da inscrição contoante expressa determinação da lei. Depois de muito mastigar, o secretário do Interior da época, que se assignalara pela exuberância dos seus despachos floreados e repassados de tintura jurídica, acabou negando com phrases chôchas, a abertura do concurso, suprimindo-se o cargo vago! Pouco a pouco, entretanto outra oportunidade se ofereceu, creou-se a cadeira de Pathologia Médica, que deveria ser provida por nomeação independentemente de concurso. Seria a vez de Lemos Torres Assistente mais antigo de clínica, autor de trabalhos apreciáveis, tendo exercido actividade didática na propria cadeira, de vez que havia lecionado pathologia médica, prejudicado que fôra com a supressão do logar de substituto para o qual requerera inutilmente concurso, elle deveria ser forçosamente, de justiça, o escolhido. Pois não foi! O nomeado foi outro. Mais tarde, porém, a nova cadeira era suprimida e o seu transitorio titular está a pesar, com inactividade não pedida, aos cofres do Estado. Quizeram servir um amigo. Foram humanos, embora injustos. A nova decepção, entretanto, não abateu o animo firme do mestre que para ser não careceu nunca de decretos. Continuou Lemos Torres a dar os seus cursos livres, cujos resultados ainda agora se evidenciaram nos recentes concursos de livre docência a que mais acima me referi. Esses cursos, porém, também acabaram... As-

sim o quizeram os artigos 329 e 330 de uma lei sesquipedal, prohibindo aos auxiliares do ensino (assistentes e livre docentes) lecionassem dentro e fóra da escola! Até fóra da escola! Isso, provavelmente para evitar a repetição de facto já constatado, isto é, a deserção de alumnos das aulas de certos candidatos para frequentarem a de certos livre docentes...

\* \* \*

O "Curriculum Vitae" do dr. Lemos Torres é uma brochura impecavelmente impressa em papel de luxo. São 59 paginas que valem como o mais valioso ensaio de psychologia humana pois na sua serena frieza se desenham homens e factos que obrigam o leitor a meditar sobre figuras e sentimentos e o leva, tambem, a admirar a bravura desse scientistia acotovelado pelo despeito e pela incapacidade. O "Curriculum" é de apresentação obrigatoria para os que desejam ver revalidado seu titulo. Dahi, o seu apparecimento. Dividiu-o o dr. Lemos em quatro partes: a primeira, é destinada aos titulos, que são vinte e dois ao todo; a segunda, à actividade profissional. É o medico que se exhibe com as provas de sua probidade, de sua competencia e do seu zelo; a terceira refere-se à actividade didactica e que resume os seus vinte e tres annos de exercicio na Faculdade de Medicina, a quarta e ultima, trata da actividade scientifica. É esse um capítulo que só por si recomendaria o autor de tantos trabalhos à consideração dos centros scientificos mais austeros. Vis-á-vis de candidato que assim se apresentava, logico seria que a Comissão Julgadora, respeitando-se a si propria e em homenagem ás glórias da nossa Faculdade, tratasse de lêr esse "Curriculum" e de examinar, attentamente, a farta e invulgar documentação apresentada para, depois com perfeito conhecimento do assumpto revalidar, ou não, o titulo digna e conscientemente conquistado pelo dr. Lemos Torres. Nada

disso se fez. Veiu a revalidação sim, mas com parecer que, seja dito sem preambulos, deslustrou a Faculdade não recommendou quem o exarou e não pôde ter alegrado quem o recebeu. De facto, diante de tantos titulos offerecidos, de tão bellas provas de actividade profissional patenteadas, de tantas e tão brilhante documentação referente á actividade didactica e de tão extensa e seria relação de trabalhos attestadores de actividade scientifica pouco commum, os julgadores sahiram-se com estas pilherias:

"Pelo que, examinada a trajectoria dos requerentes, entende a Comissão abaixo assignada estarem em condições de serem reconduzidos no cargo de livre docencia de clinica medica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo."

E mais:

"O dr. Alvaro Lemos Torres traz á apreciação grande numero de estudos de clinica medica, exercendo a contento o cargo de 1.º assistente da 2.ª cadeira e tem representado a Faculdade em Congressos Europeus".

\* \* \*

Nada mais inexpressivo nem de mais incolor. Até da verdade dos factos taes conclusões se afastam. Mas, ainda que se não afastassem, os argumentos, de andrajosos argumentos expendidos não justificariam de maneira alguma, a recondução, tão pouca causa parece terem encontrado no "Curriculum". Allega o parecer — o nome não deveria ser este — ter o candidato offerecido "grande numero de estudos de clinica medica", quando ao contrario, tambem apresentou trabalhos de pesquisa histologica e de propaganda scientifica, lições e pesquisas clinicas. Sobre isso tudo, sepulchral silencio. Nem o numero desses trabalhos, que montam a vinte e sete — sendo que delles apenas provocou largos debates e vinte e

duas communicações partidas de scientistas patricios, — nem o numero desses trabalhos foi declarado! — Tambem não foi fiel o parecer quando affirma que o candidato representou a "Faculdade em Congressos Europeus". O dr. Lemos Torres representou o Brasil em congressos scientificos europeus, o que é muitissimo diferente. Não diz, entretanto, o parecer se o representou bem ou mal, se deu desempenho honesto ao encargo recebido. Tambem não diz o parecer do merecimento dos já referidos "estudos de clinica medica". O acto material de apresental-los nada significa. E' preciso conhecer-se e proclamar-se o seu valor. Tambem não justifica a recondução o facto do candidato "exercer a contento o cargo de 1.º assistente." Isso, é o minimo necessário para a permanencia de qualquer funcionario no exercicio de suas funções, de vez que se as não estiver exercendo a contento deverá ser punido deverá ser substituido por quem o possa desempenhar a contento. E relativamente á actividade didactica? Nada! Nem uma palavra! Terão por certo os julgadores considerado, a respeito, mais valioso do que o seu o entusiastico attestado que Bovero escreveu e assignou. Mas não seria justo premiar-se um mestre que conta trinta annos de formatura e vinte e tres de actividade didacti-

ca, declarando-se, em documento oficial e solenne, que a melhor prova dessa brilhante actividade fôra apresentada nos ultimos concursos em que em cinco candidatos á livre docencia — todos aprovados — quatro sahiram da escola de Lemos Torres? Não seria justo dizer-se que outros, já cathedraticos, fizeram sua formação clinica sob a orientação de Lemos Torres? O parecer preferiu silenciar. Esse silencio porém, longe de diminuir, mais eleva o distinco professor no seio da classe a que pertence e de que é sem favor, um dos seus mais autorizados expoentes.

\*.\*

O "Curriculum Vitae", que aca-  
bo de lêr no Rio, onde me encon-  
tro, vale como documento pre-  
cioso para o historiador que ama-  
nhã quizer lançar suas vistas so-  
bre a nossa Faculdade de Medi-  
cina; vale como a demonstração de  
quanto podem a força de vontade,  
o amor ao estudo o apêgo ao trabalho e a probidade sci-  
entifica e profissional; vale ainda  
como perfil moral de um homem  
de energia rara, de um homem soli-  
do que se não adapta ao frasco,  
de um homem que sempre viveu  
e ha de viver sempre de pé, olhan-  
do firme orgulhosamente para a  
frente! — MARIO GUASTINI.

## Separata e folhetos recebidos

"Considerações sobre o cancer"  
- Paulo Q. T. Tibiriçá, "Revista  
Medica do Paraná", II, agosto  
de 1935.

"Endometriose em cicatriz lapa-  
rastomica" - Augusto Colle, "Re-  
vista Medica do Paraná", V, ju-  
lho de 1936.

"Fenestração do meso-sigmoide"  
- Theobaldo Veiga Picanço, "Re-  
vista Medica do Paraná", VI, ja-  
neiro de 1937.

"Sobre um caso de cholestea-  
toma" - Augusto Colle, "Re-  
vista Medica do Paraná", V, agos-  
to de 1936.

"Em torno de um diagnostico  
histologico de carcinoma sólido de  
celulas prismáticas, não aceito  
pelo cirurgião" - Paulo Q. T.  
Tibiriçá, "Revista Medica do Pa-  
raná", V, outubro de 1936.

"Roentgenographic studie of  
the mucous membrane of the  
colon" - Harry G. Jacobi e Franz  
J. Lust, "American Journal of  
of the Medical Sciences", New York,  
CXCIII, abril 1937.

"Exame pulmonar sistemático"  
- Geraldo Franco, "Revista Pau-  
lista de Tisiologia", III, janeiro-  
fevereiro de 1937.

"Surgical clinic" - Aureliano Urrutia, Santa Rosa Hospital, San Antonio, Texas, 1936.

"Tratamiento de la tuberculosis pulmonar bilateral por el neumothorax simple" - Raul F. Vaccarezza, Amadeo J. Galli e José M. Leston, "Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Respiratorio", IV, N.os 9-10, Buenos Aires, 1935.

"Rapida noticia sobre o Instituto de Protecção e Assistência à Infancia do Rio de Janeiro" - Boletim de 1935.

"Rapida noticia sobre o Departamento da Criança no Brasil" - Trabalhos realizados até 31 de dezembro de 1935, Rio de Janeiro.

"Deux sârcome au début de Leur évolution" - Michel Jequier, Travail de l'Institut Pathologique de l'université de Bâle, 1934.

"The attitudes of mothers toward sex education" - Helen Leland Witmer, University of Minnesota, 1929.

"A "Fundação" Sanatorio Maria Auxiliadora" - Campos do Jordão, 1936.

"Ueber karzinomatose uteruspolypen" - Ernest Jacoby, these da Universidade de Basel, 1934.

"Ueber das spätblutbild nach ausgedehnten magenresektionen wegen ulcer ventriculi und ulcer duodeni" - Alois Bossard, these da Universidade de Basel, 1934.

"Zur symptomatologie der schlafenlappentumoren" - Beate Adelsheimer, these da Universidade de Basel, 1934.

"Die diagnose des primären magensarkoms mit spezieller berücksichtigung der rontgenuntersuchung" - Gertrude Baumgartner, these da Universidade de Basel, 1934.

"Thrombose und embolie bei gynäkologischen erkrankungen und operationen" - Hedwig Fätscher, these da Universidade de Basel, 1934.

"Carcinom und diabetes" - Otto Schäfer, these da Universidade de Basel, 1934.

"Die symptomatologie und das schicksal der eklampsie" - Rolf Wagschal, these da Universidade de Basel, 1934.

"Die porzellan gallenblase im rontgenbild" - Rolando Blatter, these da Universidade de Basel, 1934.

"Die erfolge der sehnennable an der hand" - Arpad Schwartz, these da Universidade de Basel, 1934.

"Die rezidive der blasenpapillome" - Heinz Lorge, these da Universidade de Basel, 1934.

"Die beeinflussung der geburt durch den stand des kopfes im geburtsbeginn bei primiparen mit normalen becken" - Leib Jochimowicz, these da Universidade de Basel, 1934.

"Über die prognose der zermalmungstastionen der extremitäten" - Mejér Maraszemski, these da Universidade de Basel, 1934.

"Untersuchung spezifischer schwellen mittels des pulfrichsen stufenphotometers" - Hans Mester, these da Universidade de Basel, 1934.

"Die kausalgie und ibre operative behandlung" - Adalbert Willi, these da Universidade de Basel, 1934.

"Photometrische untersuchungen in serum und plasma bei verschiedenen krankheiten" - Andreas v. Szell, these da Universidade de Basel, 1934.

"Über die beeinflussung der kohlsäureausscheidung un der ventilationsgros e durch nabrungsaufnahme und zufuhr von salzen" - Wolfgang Seligmann, these da Universidade de Basel, 1934.

"Die hyperfunktionszustände des inselapparates" - Fritz Prytz, these da Universidade de Basel, 1934.

"Über fieber bei ulcer ventriculi un duodeni" - Vera Leites, these da Universidade de Basel, 1935.

"Wiederbelebung durch transfusion arterialiserten blutes indie carotis communis" - Otto R. Haas, these da Universidade de Basel de 1934.

"Die therapie der poliomyelitis" - Harry Elmar Berg, these da Universidade de Babel de 1935.

"Spiroziid therapie bei sauglingslues" - Eva Branet, these da Universidade de Basel, 1934.

"Finwirkung der mineralwasser auf den quellungszustand" - Josef Rozemberg, these da Universidade de Basel, 1934.

## IMPRENSA MEDICA PAULISTA

### Sumario dos ultimos numeros

**Archivos de Biologia**, XXI, 34-64, março-abril de 1937. — Sobre uma nova éimeria do intestino de um ratinho do campo — A. Carini; Sobre um Nyctotherus de uma barata da agua — A. Carini.

**Boletim do Instituto Oscar Freire**, III, 1-31, janeiro-dezembro de 1936. — A anatomia patologica da intoxicação pela sabinina — Flaminio Favero e Veiga de Carvalho; Predominancia dos typos sanguíneos no meio universitario de S. Paulo — Flaminio Favero e Elisa Novah; Sobre um caso de pseudo-hermafroditismo gynandroide irregular ou hypospadicus — Arnaldo Amado Ferreira; Sobre um caso de ferimento na cabeça produzindo perturbação visual — Arnaldo Amado Ferreira e Manuel Pereira; Ligeiras notas sobre a adrenalina — Elisa Novah; Dosagem do apioi — Elisa Novah.

**Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo**, XXI, 1-55, janeiro-fevereiro de 1937. — O liquido cefalo-rachideano na syphilis — Oswaldo Lange; Alguns conhecimentos utiles acerca das psychoses — James Ferraz Alvim; Malariotherapy — Paulino Longo; A nova psychiatria — E. de Aguiar Whittaker; Modernas concepções sobre os tumores do sistema nervoso — W. E. Maffei; Ventriculographia na localização dos tumores endocranicos — Carlos Gama; Criterio para as indicações cirurgicas nos traumatismos nodulares fechados — Adherbal Tolosa; O tratamento dos traumatismos do craneo — E. Vampré; Pleuriz cholesterinico tuberculosos — A. de Almeida Prado; Vacinotherapy segmentaria intra-arterial — Armenio Borelli; Hemato-

tologia moderna applicada à clínica — Vasco Ferraz Costa.

**Caderno de Pediatria**, II, 1-24, abril de 1937. — Um caso de Eresipeloide estaphylococcico — Federico de Marco; Sobre um caso de doença de Epstein — Edeicio Cunha; Da suspeita clínica de tuberculose pulmonar e adenopathia t. b. na criança pelo exame clínico — Vicente Ferrão; Porque vomitam as crianças? — Paiva Ramos; Caderno de Pediatria e Instituto Nacional de Puericultura — C. A. Espírito Santo.

**Odontologia Moderna**, X, 21-7-258 fevereiro-março de 1937. — Fibro-osteosarcoma. Bordo alveolar — Lafayette Camargo Madeira; Traumatismos em odontologia. — Fractura do maxilar inferior — Antonio Fausto de A. Macedo; A odontologia e o povo — A. L. Gazolla; Os paes, as crianças e o dentista — J. Evangelista de Freitas; Therapeutica da pyorrhea — Pedro Corrêa Netto; Contribuição ao método indireto na dentisteria infantil — O. Pisaceo e O. Aldecoa.

**Publicações Medicas**, VIII, 1-56, abril de 1937. — Esquizofrenia — Mario Yahn; Breves considerações acerca de um caso com processo infecioso agudo — José Francisco dos Santos; Um caso de hemoglobinuria essencial paroxystica — Coelho Filho; Diathese exsudativa — Francisco Paráizo Cavalcanti.

**Revista de Cirurgia de S. Paulo**, III, 59-130, abril de 1937. — A hidratação dos operados: Venoclyse continua — F. Ellis Ribeiro e Diogo Belfort; Fistulas intestinales externas — Orlando de Souza Nazareth; Conducta ci-

rurgica nas ulcera gastro duodenas - Waldemar B. Pessoa ; Systematisação das ventriculographies - Carlos Gama.

**Revista da Cruz Azul, II.** abril-maio de 1937. — Reativação biologica da Reação de Wasserman - Durval Rosa Borges ; O emprego do Evinan-sódico por via intramuscular nas reduções das raturas - Anisio Figueiredo ; Importancia pratica dos grupos sanguíneos na transfusão de sangue - José Ribeiro de Carvalho ; Diabetes e cirurgia - Elyso Silva ; Alergia - Camillo de Oliveira Penna.

**Revista da Sociedade Regional de Medicina, Cirurgia de Taubaté, I, 1-51, janeiro de 1937.** — Nogões praticas de radiologia com meios de contraste no diagnóstico dos tumores intra-creananos - Carlos Gama.

1-41, fevereiro de 1937. — Os serviços de saude publica na Zona Norte do Estado - J. N. Miléo ; O novo Hospital Apparecida do Norte - Gama Rodrigues ; Um caso de kysto gigante do ovario numa menina de 8 annos - Barbosa Romeo ; Exame uro-genital em clinica - Abreu Lima ; A pharmacia actual - Alziro dos Santos ; O dente dos seis annos - Cursino dos Santos ; Extração de um dente do siso de avulsão aparentemente difícil - Euclides Martins.

1-42, março de 1937. — Corpos estranhos e tumores intracraneanos - Carlos Gama ; Considerações em torno do tratamento da choréa pelo phenol - J. Luiz Cembranelli.

**Suplemento Medico da Folha da Manhã, I, 1-8, 12 de junho de 1937.** — Andrologia e educação sexual - Oswaldo Certain.

## VIDA MEDICA PAULISTA

### Arnaldo Vieira de Carvalho

#### Homenagem á sua memoria.

— Commemorando a passagem do 17.º anniversario do falecimento do professor Arnaldo Vieira de Carvalho, os seus amigos, collegas e admiradores, como nos annos anteriores, promoveram no dia 5 de junho, uma visita ao seu tumulo, no Cemiterio da Consolação, onde foi prestada carinhosa homenagem á memoria do eminent scientist paulista, fundador da Faculdade de Medicina de São Paulo, onde o illustre medico deixou os traços indeleveis de suas brilhantes qualidades de organizador.

Cerca das 10 horas, diante da sepultura do emerito professor, coberta de flores naturaes, reuniu-se numeroso grupo de pessoas, entre as quaes pudemos notar os drs. dr. Raul Vieira de Carvalho,

filho do saudoso professor Arnaldo Vieira de Carvalho ; prof. Aguiar Pupo, director da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo ; prof. Flaminio Favero, representando a Sociedade de Medicina Legal ; dr. Ayres Netto, representando o dr. Synesio Rangel Pestana, director clinico da Santa Casa de Misericordia de São Paulo e a mesa administrativa desse estabelecimento hospitalar ; dr. João Marinho, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro ; deputado Francisco Mesquita, drs. Ovidio Pires de Campos, Franklin de Moura Campos, Samuel Pessoa, Celestino Bourroul, Paula Santos, Renato Locchi e Enjolras Vampré, professores da Faculdade de Medicina ; docente dr. Eduardo Monteiro, e assistentes professores Pedro Silva,

Odorico Machado de Souza, José Toledo Mello, Olavo Calazans. Procopio Bielick e o dr. Goulart Faria, secretario do estabelecimento; dr. Araripe Sucupira, inspector sanitario; sra. professora Idaína Filíolia, directora da Escola Cívica Mixta; drs. Soares Hungria, Ernesto Moreira, Carlos Botelho Junior. Ernesto de Castro, Ribeiro Netto e Ernesto de Campos, além de numerosos estudantes da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Presidindo aquelle significativo preito de saudade e de respeito á memoria do professor Arnaldo Vieira de Carvalho, tomou a palavra o professor Aguiar Pupo, que pronunciou breve oração referindo-se aos meritos do illustre scientistista e ao seu proveitoso trabalho em pról da organização

do magnifico estabelecimento de ensino medico que hoje integra a Universidade de São Paulo. Finalisando, disse o orador que alli deixava com suas ultimas palavras a homenagem da Faculdade de Medicina á memoria do fundador.

Falou, em seguida, um academico de medicina, que traduziu, em bella oração, os sentimentos de seus collegas e as homenagens dos estudantes á memoria de Arnaldo Vieira de Carvalho.

Por fim, em sentidas palavras, recordando episódios da vida proficia do illustre mestre, falou o professor João Marinho, encerrando-se, logo após, aquella toante homenagem posthuma ao notavel scientistista e grande paulista Arnaldo Vieira de Carvalho.

## Liga Paulista contra a Tuberculose

**Campanha do sello anti-tuberculoso.** — A Liga Paulista Contra a Tuberculose, de que é presidente o dr. Clemente Ferreira, é uma associação que instituiu o nucleo primario de combate ao grande mal, entre nós. Tomou ella a iniciativa de, "ad instar" de tantos outros paizes que, segundo o exemplo da Dinamarca, em 1904, vem utilizando o sello beneficente como fonte suave, segura e importante de recursos pecuniarios para a cruzada anti-tuberculosa, iniciar identica campanha em 1927, quando, então, fez a sua primeira emissão, que foi de 600 mil sellos.

A 6.<sup>a</sup> Campanha de 1935-1936, finalizada a 31 de dezembro p. passado, não logrou o exito esperado, e a diffusão pelas escolas foi fraca e resentiu-se de certa frieza, provavelmente por falta de propaganda ou por excessiva movimentação do meio escolar. Além disso o mundo official manteve-se alheio e careceu do bafejo dos poderes publicos tão alevantada cruzada social e educativa.

No anno de 1929, foi que o Sello Anti-Tuberculoso teve maior

sahida e de maneira mais rapida, isto devido a comprehensão que teve do problema o sr. Amadeu Mendes, por esse tempo director geral do Ensino em São Paulo, S. s. officiou a todos os professores de todas as escolas do Estado, fazendo-lhes ver quão meritória era a iniciativa da Liga Paulista Contra a Tuberculose. Por isso, cencitava a todos os mestres a que tomassem o encargo de passar, servindo-se de suas classes, um certo numero de sellos, contribuindo, além disso, para que os seus alumnos fossem tendo um conhecimento mais apurado do terrivel mal que representa a "peste branca".

Deixando aquelle cargo o sr. Amadeu Mendes, as coisas tomaram o rumo anterior, passando-se, pôde-se dizer, ignoradas as campanhas successivas. Foi o que nos declarou o dr. Clemente Ferreira que lamenta não tenham as nossas autoridades tomado o interesse que deveria merecer a obra que encetou de combate ao mal.

A Liga Paulista Contra a Tuberculose faz uma emissão cada dois annos, para, dessa maneira,

dar tempo à evasão de todos os sellos. Mesmo assim, têm sido infrutíferos os resultados obtidos, segundo nos informaram.

A Dinamarca, já o dissemos antes, foi o primeiro paiz do mundo a emitir o sello anti-tuberculoso, tendo tido essa idéa um modesto carteiro. Logo a innovação alcançou outros paizes, sendo que a repercussão foi deveras grandiosa. Cabe a São Paulo a primazia de ser o primeiro na América do Sul a emitir o sello com identico fim.

A Itália, que já passou sellos desse genero no valor de 14 milhões de liras, está, actualmente, na sua 5.<sup>a</sup> emissão. Em confronto com São Paulo, que neste instante faz a sua 7.<sup>a</sup> emissão, já conseguiu aquelle paiz uma renda muito maior em beneficio de suas instituições de combate à tuberculose, tendo galgado posição de destaque difícil de ser supplantada. A Inglaterra, pela primeira vez, pretende este anno emittir sellos identicos.

Enquanto palestravamos com o dr. Clemente Ferreira, esse ti-siologo paulista passou-nos ás mãos á guiza de documento sobre o interesse que os governos dos outros paizes têm para com o selo anti-tuberculoso, o numero de janeiro do corrente anno da revista "La Vie Soive", orgão popular do Comité Nacional de Defesa Contra a Tuberculose, e editada na França.

Sob uma sugestiva fotografia estampada na capa, pudemos ler a seguinte legenda: "A apresentação do Sello Anti-Tuberculoso 1936, da Defesa Contra a Tuberculose ao presidente da Republica, por M. Lamoureux, presidente da Federação das Sociedades Postaes de Mutualismo da França e das Colônias".

A Liga Paulista Contra a Tuberculose, fundada em 1904, vem, desde essa época, desenvolvendo o maximo dos seus esforços no sentido de augmentar o seu quadro social cujos membros gozam da regalia de contribuirem mensalmente com a quantia que lhes approuver. Presentemente, po-

ré, conta ella com apenas 600 socios, mais ou menos. Chamou a nossa attenção, o presidente da Liga que, para uma cidade como São Paulo, de mais de um milhão de habitantes, não seria nada mais contar a sociedade de combate à tuberculose com cerca de 3.000 socios. Era o quanto lhe bastava. Esse numero, todavia, em mais de seis lustros, não foi attingido, e ainda parece difficulte de selo

A Liga Paulista Contra a Tuberculose organizou o Instituto "Clemente Ferreira", sito á rua Consolação, com um capital de mais de mil contos, entregando-o ao governo estadual, em 1934. Foi este governo quem deu o nome do dr. Clemente Ferreira ao instituto. Até ahi, nada mais tem sido feito pelos nossos poderes com o propósito de dar combate ao mal de que vimos tratando. A Liga Paulista, todavia, continua no seu programma, estando, agora, empenhada em construir preventorios, para o que espera o auxilio do pobre povo paulista.

A Liga Paulista Contra a Tuberculose enceta presentemente, a 7.<sup>a</sup> campanha de 1937-38, persistindo tenazmente na directriz que se traçou, pois apesar de tudo, o resultado obtido, pôde-se dizer, não tem sido desanimador sendo o producto da venda de sellos sempre superior ao da subvenção oficial, que annualmente, recebe, além do interesse que vem despertando, embora lentamente, no espirito publico assim revestindo feição praticamente nacional e desempenhando não desprezivel papel na magna obra de propaganda e divulgação.

E, pela primeira vez emitte, de uma vez, um milhão de sellos, de vez que, nos annos anteriores, as emissões têm sido de apenas seiscentos mil.

"O que faz o alto valor do selo anti-tuberculoso, — proclama Lucien Viborel — é a sua originalidade, é o alcance educativo que se associa ao seu rendimento financeiro. O selo de valor social tem muito menos prestigio que o selo de valor "postal".

Falando ao representante da "Folha da Noite", durante a visita que lhe fizemos, assim se expressou o presidente da Liga Paulista Contra a Tuberculose:

— "Achamo-nos empenhados actualmente na filantropica e social obra "Pró abrigos para tuberculosos graves" das classes proletarias, que deverão acolher sessenta pacientes em condições precarias de miseria e de molestia, dos quais vinte crianças. Para financiamento de sua construção, a esclarecida "Comissão de Assistência Hospitalar" do Estado facultar-nos-á os recursos pecuniarios, mas para complemento de sua referida apparelhagem e para integrar a quota do custeio com que nos vai contemplar a referida Comissão de Assistência Hospitalar, precisaremos de mais recursos.

Tambem o Ambulatorio Antituberculos Infantil que a Liga mantém nesta capital, necessita de uma completa e efficiente instalação radiologica, que nos habilita a realizar a exploração radiologica systematica para o diagnostico "precocissimo", de forma a surprehender o maior numero possivel de primo-infecções na infancia, assim contribuindo para a salvaguarda do futuro de numerosos individuos, cuja molestia exordial passa despercebida, ignorada; dest'arte serão outros tantos adultos desembargados de manifestações de reinfecção, sempre mais grave, e, pois mais reduzido o numero de doentes para os hospitaes".

— E sobre os preventorios infantis que nos diz? — perguntámos.

— "A Liga Paulista Contra a Tuberculose quer instalar mais preventorios infantis — primeira linha de defesa contra a doença, pois até agora S. Paulo só dispõe do Preservatorio de Bragança e do Preventivo Santa Clara, em Campos de Jordão.

Para tudo isso concorrerão os recursos procedentes da venda do

sello da tuberculose, que avultarão desde que a campanha seja bem organizada e favorecida pela população, que se apressará em adquirir a modesta vinheta — mensageira da saude, que terá tão util e valiosa applicação, destinando-se a incrementar o nosso armamento anti-tuberculos em suas fases de prophylaxia e de assistencia.

A sra. d. Noemy da Silveira Rudolfer e suas ardorosas e activas collaboradoras quizeram, em boa hora, coadjuvar efficazmente neste terreno a nossa associação. Dos seus bem orientados esforços, solicita actividade e aptidões organizadoras, muito esperamos, pois ás distintas educadoras paulistas não faltaria estamos certos a acolhida animadora do publico e as sympathias da sociedade paulistana tratando-se como se trata de uma campanha de tão alto alcance educativo e financeiro, e que visa finalidade de tão destacado valor filantropico e medico-social".

E, finalizando suas declarações, diz-nos o dr. Clemente Ferreira.

— "Quem se recusará a adquirir um sello, que custa apenas 200 réis para salvar uma vida ameaçada pela tuberculose? Não será demais admitir que 100.000 pessoas desta metropole comprem, cada dez sellos da tuberculose, e assim terá sido collocada toda a emissão que fez presentemente a Liga Paulista Contra a Tuberculose!"

Já foi remettida para Duartina, neste Estado, a primeira remessa do sello anti-tuberculos deste anno, e destinada ao interior, no total de 5.000\$000. O prospero municipio da Alta Paulista foi o primeiro do interior de S. Paulo que se interessou pela collocação do sello, fundando a Liga Duartinense Contra a Tuberculose e solicitando aquella quota, como primeira contribuição para a campanha do sello no presente anno.

(Da Folha da Noite).

## Prof. Antonio Carini

**Homenagem.** — Realisou-se no dia 6 de junho no salão nobre do Laboratorio Paulista de Biologia, a festa jubilar do prof. Antonio Carini, que coincidiu com a data da condecoração que lhe concedeu o governo brasileiro, como premio pelos seus trabalhos scientificos.

O salão apresentava-se elegantemente ornamentado, tendo na mesa da presidencia, uma panoplia de flores, entre as quaes se entrelaçavam as bandeiras do Brasil, da Italia e de S. Paulo.

Compareceram os srs. prof. Aguiar Pupo, director da Faculdade de Medicina; dr. Tito Ribeiro de Almeida, representante do secretario da Educação; dr. Rocha Lima, director do Instituto Biológico; dr. Afranio do Amaral, director do Instituto do Butantã; prof. Malhado, representante da Escola de Pharmacia;

comissão organisadora dos festejos, composta dos srs. prof. Ulysses Paranhos, Carlos Botelho Junior e Jesuino Maciel e os representantes da imprensa medica paulista e carioca, e da imprensa diaria desta capital.

Abrindo a sessão o dr. Aguiar Pupo deu a palavra ao dr. Ulysses Paranhos, que mostrou a sympathia do povo brasileiro pelos estrangeiros que o procuram, trabalhando pelo engrandecimento de nossa patria.

Falaram a seguir os srs. dr. Francisco Pesce, medico do Hospital "Humberto I", e o prof. Antonio Carini, agradecendo a homenagem que recebia de seus amigos e collegas.

Encerrando a sessão, falou o professor Aguiar Pupo, que salientou a personalidade do prof. Antonio Carini.

## Vaccinação anti-rabica

**Serviço do Instituto Pinheiros.** Estatistica do Serviço Antirabico do mez de Abril de 1937, de acordo com o modeio da organização de hygiene da Soc. das Nações :

- 1 - Metodo de tratamento — FERMI-PUNTQNI
- 1 - Metodo de tratamento — FERMI-PUNTONI  
(vacina de 24 hs. a 4 meses, prazo maximo, alias raramente attingido em virtude de preparo de pequenas partidas 2 vezes por semana).

a) dosagem para os casos :

benignos :

(12 injeções = 3.0 grs.  
de virus morto) . . . = 10

medios :

(18 a 24 injeções = 4,5  
grs. de virus morto, atenuado e vivo) . . . = 98

graves :

(30 injeções = 7,5 grs.  
de virus morto, atenuado e vivo) . . . = 7

2 - N. <sup>o</sup> total de pessoas tratadas.	115
3 - Não europeus . . . . .	115
4 - Classificação segundo a especie de animal mordedor :	
Cão conhecido . . . . .	93
Cão errante . . . . .	10
Gato . . . . .	12
5 - Provas de raiva no animal mordedor :	
Categoria A (com provas de laboratorio) . . . . .	1
Categoria B (com symptomas de raiva) . . . . .	88
Categoria C (suspeito de raiva) . . . . .	26
6 - Caracter da mordedura :	
Profunda . . . . .	27
Superficial . . . . .	88

7 - Interposição de vestimenta :	9 - Numero de dias decorridos entre a mordedura e o inicio do tratamento :
Sobre a pele nua . . . . .	0 — 4 . . . . .
Atravez vestimenta . . . . .	5 — 7 . . . . .
	8 — 14 . . . . .
8 - Sede da mordedura :	15 — 21 . . . . .
Cabeça . . . . .	Além de 21 . . . . .
Braço . . . . .	10 - Accidentes . . . . .
Tronco . . . . .	11 - Lethalidade . . . . .
Perna . . . . .	

## ASSUMPTOS DE ACTUALIDADE

### O tratamento da erysipela

**Ação dos derivados sulfamidados não azoicos** — H. Bloch-Michel, Michel Conte e Pierre Durel em "La Presse Médicale", n.º 82, 10 de Outubro de 1936, publicaram interessante trabalho sobre o tratamento da erysipela, sendo opportuno resumil-o.

O trabalho, que se basea em 180 observações recolhidas pelos AA. no serviço do Prof. Lemierre — Hospital Claude Bernard, em Paris, constitue uma **mise-a-point** do tratamento da erysipela pela **septazine**.

Inicia por breve noticia histórica consagrada à chimitoterapia antiestreptococcica pelos corantes azoicos do grupo de chrysoidina e seus derivados. Desses estudos se verificou que a actividade antiestreptococcica do azoico era atribuído apenas da p-amino-benzeno-sulfamida (1162 de Fourneau). Esses estudos mostraram mais que derivado benzalido desse 1162 do Fourneau, isto é, o benzyl-amino-benzeno-sulfamida (septazine), corpo não corante, deve ser o escolhido, não só por ter a mesma actividade do 1162 F., mas também por delle se diferenciar pela ausencia completa de sabor e por ser menos toxicó.

A seguir, relatam as pesquisas experimentais que demonstraram a actividade antiestreptococcica da benzyl-amino-benzeno-sulfamida (septazine), e que muito contribuiram para sua introdução em terapeutica. Segue-se após

o relato da experimentação clínica a que foi submettida a septazine no serviço do Prof. Lemierre.

A posologia, instituída no tratamento de uma erysipela de gravidade média e no começo de sua evolução, é a seguinte :

a) 1 gr. 50 a 2 grs. (3 a 4 comprimidos) por dia durante 3 a 5 dias, ou melhor, até o dia seguinte em que a curva thermica voltar à normalidade ;

b) 1 a 1 gr. 50 (2 a 3 comprimidos) diarios, durante 3 a 5 dias, isto é, até o desaparecimento da placa erysipelatosa ;

c) 0gr.50 (1 comprimido) diarios, durante 10 dias, para consolidar a cura e evitar recidivas.

Os AA. aconselham ingerir os comprimidos de 0gr. 50 um a um, espaçadamente no decorrer do dia (nas refeições, por exemplo).

Na criança, a posologia pouco differe da do adulto. Nos lactentes, será melhor dar doses mais fracas (1 a 1gr. 50 por dia) até desaparecer a placa erysipelatosa, e em seguida 0gr.50, durante 10 dias.

Os AA. insistem sobre a perfeita tolerancia do organismo ante a septazine, que, não corando a urina, as mucosas e nem os tegumentos, sem contra-indicação formal, tem nitida influencia sobre a curva thermica e a evolução da erysipela. Sua ação se manifesta por queda thermica brutal e imediata e pela regressão da placa erysipelatosa, em geral, 48 horas após a queda da temperatura.

## Therapeutica da ulcera gastrica

**Associação da histidina á pepsina.** — Observação do Dr. Herberto de Brito Lyra, da Maternidade do Prompto Socorro, do Rio de Janeiro: L. B. solteirona, 76 annos, branca, typo longilineo, residente em Lins Vasconcelos.

Ha dias, vinha sentindo tontearas, e a vista frequentemente escurcida, chegando mesmo a ter um accidente de queda, com ferida contusa no couro cabelludo.

Após 15 dias de tratamento geral, e já clinicamente restabelecida, sobreveio-lhe hematemese, acompanhada de melena, com dores acentuadas na região epigástrica, apresentando defesa e certo empastamento.

Iniciei o tratamento com as injecções de "Histidinase Pelo-si", — isto é, associação de histidina com pepsina, diariamente, tendo a paciente lucrado extraordinariamente ás primeiras applicações, com desaparecimento completo dos symptomas acima referidos.

Ao fim de 25 applicações teve alta, curada a nossa doente.

Receioso de alguma recidiva, visitei a paciente 30 dias depois de sua alta, continuando a passar bem, e o estado geral bem melhor, alimentando-se regularmente e sem prisão de ventre, graças á associação feliz da histidina com a pepsina, o que não tenho conseguido com a histidina isoladamente. — Rio, 24-6-376

(a) Herberto de Brito Lyra (Dr.)

\*\*

Observação da Clinica Medica do Dr. Roberto Pereira — Rio de Janeiro. — Atesto que tenho empregado com optimos resultados, a "Histidinase" (Associação

da Histidina e a Pepsina), estando mesmo a concluir uma excellente observação, que em breve fornecerei.

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 1937. — (a) Dr. Roberto Pereira.

\*\*

Observação da Clinica do Dr. A. Monteiro, Medico-Parteiro-Operador. — Rio de Janeiro. — Atesto que com muito bom resultado, nos casos indicados, tenho empregado o producto "Histidinase", feliz associação da Histidina e Pepsina.

Tal a acção benefica desse medicamento e a confiança que merece que estou empregando na pessoa de um meu filho que se acha com ulcera duodenal.

Após as primeiras applicações as melhoras não se fizeram esperar, as dôres passaram sentindo meu filho grande allívio.

Espero no caso presente, obter optimos resultados que tenho colhido em outros clientes.

Reputo a "Histidinase" superior á Histidina e a Pepsina, aplicados isoladamente. — (a) Dr. A. Monteiro.

\*\*

Observação do Dr. Gilberto Travassos, Assistente do Serviço do Prof. Brandão Filho. Cirurgião adjunto da Santa Casa. — Rio de Janeiro. Vias Urinarias, Cirurgia, Doenças das Senhoras. — Atesto que tenho empregado com resultado satisfactorio nos casos indicados, o producto "Histidinase" (Feliz associação de histidina e Pepsina), o que não consegui com o emprego de histidina e pepsina isoladamente.

7 de Junho de 1937. — (a) Dr. Gilberto Travassos.

**PHILERGON** — **FORTIFICA**  
**DE FACTO**

# ORGANIZAZIONE VANASIA

**LIVROS** — Fornece livros e revistas medicas de todo o mundo

**APPARELHOS** para Raios X, dia-thermia, ultra-violeta, electro-car-diometria, etc.

**TRADUCCÕES** de artigos a L. 5 a pagina, serviço rapido

**PUBLICIDADE** — Encarrega-se da distribuição de annuncios para todas as revistas do mundo.

•

**SANTO VANASIA** — Casella postale 3395 — Milano, Italia

ACABA DE APPARECER :

## ESTUDOS CIRURGICOS

2.ª SÉRIE

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

★

*Um volume fartamente ilustrado em papel glacé, abordando questões de cirurgia gastrica, de vias biliares, do pancreas, do intestino, dos ossos, do ovario, da lepra, etc., e pondo na ordem do dia os problemas do tetano.*

★

**PREÇO 25\$000**

Pedidos ao autor: Caixa Postal, 1574 — São Paulo

